



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

**TRASTORNO DE CONDUCTA DE INICIO INFANTIL:
ANÁLISIS COMPRENSIVO DESDE EL CONSTRUCTIVISMO
EVOLUTIVO Y BREVE ANÁLISIS CRÍTICO A SUS TRATAMIENTOS
MÁS ESTUDIADOS**

-Memoria para optar al título de Psicóloga-

Autora: Ivette Zenteno Jara

Profesora Patrocinante: Dra. Adriana Espinoza Soto

**Santiago
Octubre, 2017**

Agradecimientos

En primer lugar, a Evelyn y a César, psicólogos y docentes, por creer en mí y ser un apoyo invaluable en distintos momentos del ciclo final de la carrera y de la realización de esta investigación. Gracias por inspirarme a ser una mejor profesional y persona.

A Christian, por acompañarme incansablemente, por creer en mi capacidad y ser un refugio.

Mi más sincero agradecimiento y cariño a Adriana, mi profesora patrocinante, por asumir el desafío de retomar este trabajo conmigo ya avanzado el proceso, por su empatía, compromiso y comprensión.

Agradezco a mis padres y amigos, por alentarme en los momentos más difíciles de este arduo camino, nunca dejarme desistir y recordarme que los momentos dolorosos son un principio transformador.

Por sobre todo, mi gratitud va hacia la vida misma, por ponerme en las situaciones y junto a las personas precisas para encontrar mi vocación, mi lugar en el mundo y el amor de mi vida: la psicología. Todo lo vivido en el proceso universitario me fortaleció, me convirtió en una férrea convencida de que la vocación, el compromiso y la calidad humana están a la base de cualquier vínculo y cualquier teoría, de que, lo esencial para cambiar realidades, es creer que es posible y el amor y apoyo de los demás.

Gracias a todos aquellos psicólogos que aún creen en las personas, a los cuáles espero unirme en la misión de dignificar, reposicionar y escuchar a los que pocos saben oír.

Finalmente, dedico este arduo esfuerzo a María Ignacia, quien inspiró esta investigación y a todos aquellos niños que viven en la “tierra de nadie”, esperando ayudar a otros a entender sus complejos corazones que intentan sobrevivir.

“Crear es el principio de todo, la llave para abrir todas las puertas: háglo posible”

(Cita de autoría propia, año 2015)

Índice

Resumen	6
Introducción	7
Comorbilidad.....	8
Implicancias Psicosociales y Evolución a Patologías más Complejas.....	9
Escasa Certeza en la Efectividad de los Tratamientos Existentes.....	9
Intervenciones para el Trastorno de Conducta en Chile.....	12
Pregunta de Investigación.....	14
Objetivos Generales.....	14
Objetivos Específicos.....	15
Marco Teórico	16
Trastorno de Conducta: Definición y Consideraciones Diagnósticas Actualizadas	16
Aspectos generales y características desde los manuales diagnósticos.....	16
Clasificaciones y criterios diagnósticos.....	17
Presentación clínica: subtipos.....	19
Especificador: con emociones prosociales limitadas.....	21
Curso y evolución.....	22
El Trastorno de Conducta de Inicio Infantil: Factores de Riesgo asociados y Subdivisiones	26
Factores de riesgo en el trastorno de conducta de inicio infantil.....	26
Dos subtipos de trastorno de conducta de inicio infantil: los rasgos de dureza e insensibilidad afectiva.....	29
Enfoque Constructivista Evolutivo en Psicoterapia	35
Invariantes del Desarrollo: los movimientos evolutivos de asimilación y acomodación.....	36
Los desequilibrios: fuente de progreso para el desarrollo.....	37
El Desarrollo Psicológico desde el Constructivismo Evolutivo	41
Estructuras variables del desarrollo: las etapas del desarrollo de Piaget.....	42
Organización integrada de las funciones psicológicas: cuadro del desarrollo psicológico según Sepúlveda.....	46
Desarrollo cognitivo.....	47

Desarrollo afectivo y social	49
Estructuración del ambiente: apego y socialización.....	51
Desarrollo moral.....	55
Organización de la identidad personal.....	57
Organización de la personalidad.....	58
Psicopatología Evolutiva.....	61
Criterios psicopatológicos.....	62
Tipos de psicopatología.....	63
Marco Metodológico.....	65
Estrategia de Búsqueda y Justificación de las Fuentes Bibliográficas.....	65
Etapas del Proceso de Investigación.....	67
Resultados.....	69
Trastorno de Conducta de Inicio Infantil: Desarrollo y Psicopatología Desde el Constructivismo Evolutivo.....	69
Desarrollo cognitivo.....	69
Desarrollo afectivo y social.....	71
Estructuración del ambiente.....	74
Desarrollo moral.....	78
Criterios psicopatológicos y organización de la personalidad.....	81
Métodos de Intervención más Estudiados para Niños y Adolescentes con Trastorno de Conducta y otros Aportes: Descripción y Análisis.....	84
Aspectos generales para el tratamiento.....	84
Intervenciones terapéuticas más estudiadas para el trastorno de conducta.....	85
Otros aportes y consideraciones.....	100
Conclusiones y Discusión.....	107
Referencias Bibliográficas.....	114

Índice de Tablas

- **Tabla 1:** Trastorno de conducta: Comparación entre CIE-10 y DSM-V.....18
- **Tabla 2:** Factores de riesgo para el trastorno de conducta DSM-V.....20
- **Tabla 3:** Desarrollo psicológico.....47
- **Tabla 4:** Estilos de socialización.....55
- **Tabla 5:** Psicopatología y estructura de la personalidad.....59
- **Tabla 6:** Formas de desarrollo para el trastorno de conducta e implicancias para su intervención.....105
- **Tabla 7:** Uso de lineamientos constructivista-evolutivos en el diseño de intervención para el TC.....112

Resumen

El trastorno de conducta, caracterizado por un control deficiente de las conductas que violan los derechos de los otros y/o transgreden las normas sociales fundamentales, constituye un importante problema social y de salud a nivel mundial y nivel país, causando un impacto significativo en el funcionamiento y la calidad de vida del paciente y del ambiente en el que se desenvuelve. Los principales investigadores en el tema han dado cuenta de distintas presentaciones clínicas basadas en la edad de inicio y en la presencia o ausencia de rasgos de dureza e insensibilidad afectiva. Existiría una mayor prevalencia de estos rasgos en el subtipo de inicio infantil, el cual presenta a su vez el peor curso y pronóstico. Esta investigación de tipo teórica se enfocó en realizar una comprensión del trastorno de conducta de inicio infantil desde el constructivismo evolutivo y un breve análisis crítico a sus tratamientos más estudiados, por medio de una revisión sistemática de bibliografía especializada y artículos de investigación. De este análisis exhaustivo se concluye principalmente que a) es esencial integrar una mirada detallada del desarrollo para favorecer el surgimiento de intervenciones que respondan a las necesidades específicas de cada subgrupo y en ese sentido, el enfoque constructivista evolutivo resulta pertinente para entender esta temática; b) no existen actualmente tratamientos o programas establecidos enfocados en el trastorno de conducta de inicio infantil; c) resulta de suma importancia considerar los rasgos de dureza e insensibilidad afectiva en la medición de la efectividad y desarrollo de nuevas intervenciones clínicas.

Palabras Clave: Trastorno de conducta de inicio infantil, Rasgos de dureza e insensibilidad afectiva, Constructivismo evolutivo, Intervenciones.

Introducción

En los últimos años, se ha visto un aumento en la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), oscila entre el 10 y el 20%, mientras que algunos autores lo señalan entre un 5 al 22%, dependiendo de la metodología, tipo de entrevista, muestras e inclusión del criterio de discapacidad (De la Barra, 2009). Entre ellos el trastorno disocial, hoy denominado trastorno de conducta (TC) en el Manual diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría en su quinta versión [DSM-V], ha llegado a convertirse en un importante problema sanitario y social, al ser uno de los trastornos psiquiátricos más diagnosticados en los niños y adolescentes, llegando a una prevalencia de entre el 2 al 10%, con una media del 4% (American Psychiatric Association [APA], 2013) mientras que otras estadísticas señalan un 5% a nivel global (Scott, 2007). Por otro lado, las investigaciones aseveran que esta patología ha ido aumentando en los últimos años y es más frecuente en áreas urbanas (García, 2012). En Chile, los estudios epidemiológicos indican a los trastornos disruptivos como el grupo diagnóstico más prevalente con un 21,8%, con un porcentaje total de un 3,7% para el trastorno de conducta (Vicente et al., 2012).

El trastorno de conducta, se ubica en la nueva categoría de los “trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta” en el DSM-V (APA, 2013), en la que se incluyen trastornos con problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones. Esta patología se caracteriza por presentar un control deficiente de las conductas que violan los derechos de los otros y/o transgreden las normas sociales fundamentales, causando un impacto significativo en el funcionamiento y la calidad de vida del paciente y del ambiente en el que se desenvuelve (National Institute for Clinical Excellence [NICE], 2013).

Es por esta razón, que las investigaciones en las últimas décadas se han avocado a comprender la etiología del trastorno y sus principales factores de riesgo, postulándose así, la existencia de al menos dos subtipos o presentaciones del mismo, separadas por edad de inicio: el trastorno de conducta de inicio infantil y el trastorno de conducta de inicio en la adolescencia, en donde el primero ha sido caracterizado como prematuro y “persistente a lo largo de la vida” y el segundo como disruptivo y “limitado al período

evolutivo de la adolescencia” (Moffit, 1993). De ambas presentaciones, el subtipo infantil frecuentemente ha sido asociado a mayor gravedad y cronicidad. Sin embargo, las investigaciones han mostrado la relevancia de otra característica muy importante relacionada a este trastorno: los rasgos de dureza e insensibilidad afectiva (rasgos DIA), los cuales fueron incluidos en el DSM-V bajo el especificador “con emociones prosociales limitadas” (APA, 2013).

Los rasgos DIA, han sido sistemáticamente encontrados, en mayor medida, en niños o jóvenes que presentan trastorno de conducta de inicio temprano (Dandreaux & Frick, 2009), conformando el grupo de mayor riesgo y persistencia, así como también, el más resistente a los tratamientos (Edens, Campbell & Weir, 2007). Es por esto que, entender qué factores podrían ser precursores de estos rasgos y cómo se manifestarían estos desde edades tempranas, se ha convertido en uno de los temas más relevantes entre los investigadores del tema actualmente, levantando entonces la necesidad de entender desde una perspectiva del desarrollo las diferentes trayectorias y con más interés aún, aquellas de inicio infantil (Frick, 2001). La necesidad de investigar y comprender mejor los trastornos de conducta, además de su alta prevalencia global y a nivel país, responde a las siguientes razones, que se describirán a continuación.

Comorbilidad

Existe un alto grado de comorbilidad entre todos los trastornos exteriorizados (Bernstein, 2014) entre el 29% y el 71% de los pacientes diagnosticados tiene uno de los otros diagnósticos dentro de este espectro (Trastorno de la conducta [TC]; Trastorno negativista desafiante [TND]; Trastorno por déficit de atención con hiperactividad [TDAH]), siendo la asociación más frecuente la coexistencia de trastornos de la conducta con trastorno por déficit de atención con hiperactividad oscilando entre un 40% y 50% (Bernstein, 2014; NICE, 2013). Al respecto, la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) ha indicado que la presencia de comorbilidades y entre dos o más trastornos de la línea externalizante, predice peor pronóstico y respuesta a los tratamientos. Por otro lado, se ha encontrado asociación con trastornos de la línea interiorizada: trastornos de ansiedad y trastornos afectivos, que podría fluctuar entre un 32% y 37%. (Bernstein, 2014). Otras comorbilidades señaladas por el DSM-V son con los trastornos específicos del aprendizaje (caracterizados por un rendimiento por bajo de la media en la lecto-escritura y habilidades verbales) y consumo y abuso de sustancias (APA, 2013).

Implicancias Psicosociales y Evolución a Patologías más Complejas

Los niños y adolescentes con este trastorno tienden a presentar diversas dificultades y riesgos a nivel psicosocial, tales como mayor fracaso académico, problemas escolares y deserción del sistema estudiantil, así como otras dificultades que pueden incidir negativamente en su salud física, psicológica y sexual, como el uso más precoz y frecuente de alcohol y drogas, trastornos por uso de sustancias, intentos suicidas, problemas legales, malas relaciones con pares y adultos, aislamiento social, promiscuidad sexual y embarazo no deseado (APA, 2013; NICE, 2013). Los trastornos de conducta en la infancia también se asocian con un aumento significativo de problemas de salud mental en la vida adulta, siendo el más probable de ellos el trastorno antisocial de la personalidad, alcanzando porcentajes de un 40% hasta un 50% (Stacy, 2008). Estudios realizados en jóvenes infractores en Chile, dan cuenta de una alta incidencia de trastornos psiquiátricos con un porcentaje del 64%, siendo el más prevalente el TC con un 46,9% (Rioseco et al., 2009), asociando la presencia de este diagnóstico a mayor predisposición a generar repertorios delictuales (NICE, 2013).

Escasa Certeza en la Efectividad de los Tratamientos Existentes

Existe un consenso en los investigadores respecto a la gran heterogeneidad que se observa en el desarrollo, manifestación y curso del trastorno de conducta en niños y adolescentes, como dan cuenta los esfuerzos por definir distintos subgrupos (Frick & Ellis, 1999). Esta gran heterogeneidad ha dificultado el desarrollo de tratamientos que abarquen la mayoría de las necesidades psicoterapéuticas de este grupo. No obstante, varios investigadores han propuesto diversos modelos de intervención, basándose primordialmente en los factores de riesgo que se han señalado podrían estar a la base del trastorno. Por su naturaleza multicausal, este trastorno requiere de una intervención terapéutica integral mejor conocida como multimodal, que apunte a varias áreas del desarrollo e involucre a muchos agentes socializantes en los distintos ambientes en los que se desenvuelve el niño (De la Peña, 2003).

No obstante estas recomendaciones, la literatura menciona que en la realidad las estrategias más aplicadas son tanto unimodales —enfocados en un o unos pocos factores de riesgo y limitados a un ambiente— como multimodales, que hacen un esfuerzo por abarcar más factores en diferentes contextos. Las guías clínicas existentes, mencionan en su mayoría que estas se asignan siguiendo un algoritmo de complejidad del caso y edad

del niño, siendo relevante el hecho de que a menor edad parece haber preferencia en general por las estrategias de tipo unimodal y en cursos más cronificados, por el uso de las multimodales (NICE, 2013). Entre las estrategias unimodales de mayor respaldo están todas aquellas de orientación cognitiva conductual, orientadas al manejo de la ira e impulsividad, reconocimiento de las consecuencias de los propios actos y enseñanza de estrategias de resolución de problemas, destacando el “Entrenamiento de habilidades de resolución de problemas” (Problem-Solving Skills Training [PSST]), para su uso con los niños y por otro lado, para la aplicación en padres, destaca el “Entrenamiento para padres” (Parent Management Training [PMT]), enfocado en mejorar la relación y estrategias de socialización de los padres con sus hijos, basándose en investigaciones que han mostrado la socialización negativa autoritaria e inconsistente como uno de los mayores factores de riesgo para desarrollar problemas conductuales (Kazdin, 1997).

Desde las estrategias multimodales, destacan los enfoques que basados en la PMT pero aplicados desde una perspectiva sistémica, han sido extendidos a otros ambientes, añadiendo además elementos de trabajo individual y con el trato con sus pares u otros, incluyen programas como “Incredible Years”, la “Terapia familiar funcional” (Functional Family Therapy [FFT]) y la más connotada recientemente, “Terapia Multi-sistémica” (Multisystemic Therapy [MST]) (De la Peña & Palacios, 2011).

Cada una de estas intervenciones psicosociales ha mostrado una relativa efectividad en el tratamiento de niños y adolescentes con esta patología, algunas a corto plazo y otras pocas a largo plazo. No obstante, no hay suficiente evidencia acerca de la efectividad de las intervenciones debido a la heterogeneidad de los diseños de investigación y las muestras en estudios clínicos controlados (Kazdin, 1997). Aun así, entre las mencionadas la terapia de enfoque cognitivo conductual en sus múltiples métodos, es actualmente la evidencia más investigada para los problemas de trastornos conductuales en menores de edad a corto plazo y la PMT la que ha demostrado tener el mayor impacto en el patrón conductual rigidizado en niños (Bernstein, 2014), potenciándose sus efectos al ser aplicadas ambas de manera combinada (Kazdin, Siegel & Bass, 1992). Por su parte, los resultados de la MST han sido alentadores, mostrando mejorías más estables en el tiempo en los trastornos de inicio temprano y adolescente (Álvarez, 2010), sin embargo haría falta más investigaciones realizadas por otros investigadores distintos al grupo que la creó y que repliquen estos resultados (Boxer & Frick, 2008).

Así, pese a la diversidad de tratamientos disponibles, pocos logran resultados realmente estables, esto según Frick (2001), respondería a que, si bien algunos se ciñen a las recomendaciones acerca de apuntar a múltiples estrategias en múltiples áreas, aún se basarían en una concepción muy general del comportamiento antisocial. Además, otro factor que incidiría sería que pese a que actualmente se sabe bastante de las diferentes trayectorias el TC, se sabe muy poco acerca de cómo estas diferencias fundamentales se relacionan con la intervención y cómo influyen en sus resultados (Moffitt et al., 2008). Es por esto que se hace cada vez más notoria la necesidad de empezar a incluir los avances en las investigaciones en la comprensión del trastorno, en el desarrollo de nuevos tratamientos o lineamientos de trabajo con estos niños, para lograr realmente la intervención integral, individualizada y actualizada que necesitan (Kazdin, 2010).

Los avances en la literatura respecto al trastorno de conducta, invitan cada vez más a los investigadores a acercarse a la comprensión de esta patología desde un enfoque del desarrollo, entendiendo así la heterogeneidad de su expresión como una interacción única de los diversos factores en cada persona, en donde tantos los factores ambientales influyen sobre el niño, como los aspectos individuales influyen sobre el ambiente, relacionándose bidireccionalmente en el desarrollo y mantenimiento del TC (Frick & Ellis, 1999). Por ende, para su tratamiento, no sólo basta con modificar los aspectos contextuales ni intervenir los aspectos individuales, sino que es necesario que el niño u adolescente sea y se sienta parte activa de este proceso de cambio (García & Orellana, 2011). Una mirada desde la perspectiva del desarrollo, implicará observar la trayectoria evolutiva de cada niño en sus diversas dimensiones psicológicas y contextos, para a partir de allí, entender la manifestación particular de la psicopatología e intervenir, esto según los autores, estaría a la base de cualquier diseño de intervención integrador e individualizado (Puglisevich, 2014).

En ese sentido resulta relevante entender el aporte que podría significar una mirada desde la perspectiva constructivista evolutiva y sus principios, que propone su planificación terapéutica a partir de un conocimiento profundo de la etapa del desarrollo psicológico en que se encuentra el niño y/o adolescente, considerando su nivel de equilibrio consigo mismo y con la realidad (Puglisevich, 2014). Este enfoque, promueve una visión activa de la persona, empoderándola de su propio proceso de cambio. Considera relevante para la intervención el caracterizar y comprender el desarrollo

particular en cada caso, de manera de poder proponer una intervención individualizada y contingente, siguiendo lineamientos generales de trabajo, pero no discretos.

Por otra parte, propone la resignificación de la realidad en un proceso activo que busca promover la experimentación de cada paciente con su entorno, lo cual le permitirá reestructurar su organización personal poniendo a prueba sus antiguos constructos o significados y los nuevos que vaya desarrollando aprovechando las discrepancias como un motor para una nueva forma de equilibración (Sepúlveda, 2013). Este proceso incluye al consultante, a los otros y todos los contextos en que el niño y/o adolescente se desenvuelve. Las consideraciones teóricas del enfoque recién expuestas, la convierten en una visión integradora al abarcar la totalidad del desarrollo y lo que influye en él, lo que respondería a las recomendaciones para el tratamiento dadas por los expertos en el área.

Intervenciones para el Trastorno de Conducta en Chile

El año 2005 surge de la alianza del Ministerio de Salud (MINSAL), el Ministerio de Justicia (MINJU) y el Servicio Nacional de Menores (SENAME) más la colaboración del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), una guía de orientaciones técnicas para avanzar en la operacionalización de nuevos modelos de intervención que apunten a entregar a niños vulnerables e infractores de ley un acceso más expedito a tratamientos integradores. Entre sus conclusiones se menciona la necesidad de generar protocolos adecuados de derivación entre SENAME y otras instituciones, generar más instancias de capacitación especializada en profesionales dedicados a la atención clínica y también para otros actores involucrados, tales como gendarmes o carabineros. Además se concluye que sería necesario invertir mayores recursos en la implementación adecuada de un programa de salud mental integral para los niños y jóvenes (Ministerio de Salud, 2007).

Hasta el año 2009, la mayor parte de la población con trastorno de conducta eran detectados en fases crónicas y tardías, siendo la judicialización y posterior derivación a SENAME prácticamente la única forma de ingresar a sus diferentes programas, que apuntaban a prevenir la reincidencia en delitos, por medio de rehabilitación social y conductual, manejo de adicciones, desarrollo de habilidades sociales, desarrollo de oficios, entre otros (Subsecretaría de Prevención del Delito, 2016). Los enfoques habitualmente utilizados correspondían a terapia cognitivo-conductual, tanto a nivel individual como grupal. Estos programas solían llevarse a cabo en su mayoría bajo la modalidad de

internación, que iba de los 4 meses a un año, cambiando progresivamente la tendencia hacia los tratamientos ambulatorios en centros semi-cerrados. Por otra parte el rango etario para la participación de estos programas, iba desde los 10 a los 18 años aproximadamente (Ortiz, Sepúlveda, & Viano, 2005).

En un esfuerzo por cumplir con sus propios nuevos lineamientos y posterior a surgimiento de nuevos programas especializados dentro de SENAME, se adoptó finalmente el modelo más prometedor en la temática; la Terapia Multisistémica, bajo el nombre de "Programa Vida nueva" (2009) y posteriormente como "Programa 24 horas" (2014) (Gobierno de Chile, 2015) , nombre original bajo el cual se llevaba a cabo la iniciativa inicial que surgió desde Carabineros de Chile a partir del año 1996 y que fue formalizada el año 2007 como Programa de Seguridad Integrada (PSI) 24 horas de la Dirección de Protección a la Familia (Servicio Nacional de Menores, 2010).

El programa formalmente, atiende a niños desde los 10 a los 17 años 11 meses, pero se reciben sin perjuicio a niños menores a ese rango que por alguna conducta transgresora o contacto prematuro con la ley se encuentre en los registros de carabineros, o haya sido derivado desde organismos educacionales o de salud, siendo considerado el grupo prioritario de riesgo. Esto es posible gracias a que el programa 24 horas incluye dos modalidades de ejecución: Detección temprana (EDT) y Terapia Multisistémica (TMS) (Subsecretaría de Prevención del Delito, 2016). Este programa aún se encuentra en desarrollo e implementándose de manera progresiva en distintas comunas y regiones con un alcance previsto a un total de 36 comunas para el año 2016, de las 346 comunas que componen el país, por lo que pese a que los resultados hasta ahora muestran cifras alentadoras, con una disminución de hasta un 76% en el porcentaje de reincidencia en conductas delictivas de la población egresada hasta el 2015, aún podría considerarse en una fase experimental, siendo proclive a nuevas mejoras y modificaciones (Subsecretaría de Prevención del Delito, 2015, 2016).

Es por todos los antecedentes anteriormente expuestos, que esta investigación resulta relevante, puesto que caracterizar profundamente el trastorno de conducta desde un enfoque pertinente, como lo es la perspectiva constructivista evolutiva, podría contribuir a visualizar cómo se relacionan las características individuales propias de cada trayectoria con el resultado de las intervenciones actuales y lo importante que resulta para esto

entender los significados atribuidos por el niño a su propia realidad y cómo actúa en ella, aportando así, a una mayor integración de la perspectiva del desarrollo en la elaboración y diseño de programas de tratamientos integrales e individualizados más efectivos a futuro, o aportar a mejorar los ya existentes, tanto a nivel mundial como en Chile, sobre todo para aquellos subgrupos cuyo curso tiende a ser más grave, como lo es el TC1.

Con este fin, se realizó una investigación teórica que se ordenó de la siguiente forma: los capítulos se presentaron delineando la temática de manera general según los manuales actualizados DSM- V y CIE-10, para luego por medio de una revisión narrativa profundizar específicamente en el trastorno de conducta infantil de inicio en la infancia y sus subtipos, desde los libros y artículos de los autores más relevantes en la temática. Posteriormente se realizó una introducción a la perspectiva constructivista evolutiva consultando principalmente a Sepúlveda (1997, 2001, 2002, 2006, 2008, 2012, 2013) y Piaget (1971, 1981, 1983, 1990) entre otros autores relevantes, para luego describir el desarrollo psicológico y psicopatología, según el enfoque teórico mencionado. Finalmente, se llevó a cabo un análisis comprensivo del trastorno de conducta de inicio en la infancia desde el constructivismo evolutivo y una breve revisión y análisis crítico de sus tratamientos más estudiados.

Preguntas de Investigación:

- 1) ¿Cómo comprende el constructivismo evolutivo el trastorno de conducta de inicio en la infancia?
- 2) ¿Cuáles son los tratamientos más estudiados para el trastorno de conducta y cuáles son sus aspectos críticos?

Objetivos Generales

- Conocer cómo se entiende el desarrollo psicológico en los niños y adolescentes con trastorno de la conducta desde la perspectiva constructivista evolutiva
- Analizar críticamente los tratamientos más estudiados para el trastorno de conducta.

Objetivos Específicos

- Definir el trastorno de conducta a partir de manuales actualizados.
- Explicar el desarrollo psicológico y describir los criterios psicopatológicos desde el constructivismo evolutivo.
- Caracterizar el trastorno de la conducta desde la perspectiva constructivista evolutiva.
- Describir y analizar los tratamientos más estudiados actualmente para el Trastorno de Conducta.

Marco Teórico

Trastorno de Conducta: Definición y Consideraciones Diagnósticas Actualizadas

Aspectos generales y características desde los manuales diagnósticos.

El Trastorno de conducta se caracteriza por un desenvolvimiento en el que, considerando la etapa evolutiva, se transgreden de manera repetitiva y persistente los derechos básicos de otros, así como las normas y reglas sociales (Almonte, 2012).

En términos generales, los niños y adolescentes con trastorno de conducta suelen tener propensión a interpretar frecuentemente las intenciones de los demás como más hostiles y amenazantes de lo que son, generando repertorios de respuesta más agresivos e impulsivos, los cuales sienten como razonables y justificados. Presentan características de personalidad con rasgos de emoción negativa y de bajo autocontrol, incluyendo irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, conducta impulsiva y agresiva, suspicacia, búsqueda de emociones e imprudencia, entre otras (APA, 2013). En relación a los otros se observa desconsideración y falla en la empatía a diferentes niveles, con dificultades para comprender los sentimientos y deseos de los demás, como también ausencia de sentimientos de culpa y remordimiento, incurriendo a menudo en la heterorresponsabilidad, es decir, culpando a los otros de sus propias acciones (Almonte, 2012). A menudo, el abuso de sustancias a temprana edad es una característica asociada, como también las ideas y tentativas suicidas, habiendo investigaciones que afirman que el suicidio consumado se produce en un porcentaje más alto de lo esperado en el trastorno de conducta (APA, 2013), liderando las tasas de trastornos asociados al riesgo suicida, junto con los trastornos del ánimo, en su forma unipolar y bipolar (Bella, Fernández & Willington, 2010; Olfson, Gameroff, Marcus, Greenberg & Shaffer, 2005).

El trastorno de conducta es considerado un importante problema sanitario y social, al ser uno de los trastornos psiquiátricos más diagnosticados en los niños y adolescentes llegando a una prevalencia de entre el 2 al 10%, con una media del 4% (American Psychiatric Association [APA], 2013), además de generar altos costos sociales (De la Barra, 2009) y un alto impacto en la vida del paciente y su entorno. Las investigaciones aseveran que esta patología ha ido aumentando en los últimos años y es más frecuente

en áreas urbanas (García, 2012). Estudios epidemiológicos en Chile señalan a los trastornos disruptivos como el grupo diagnóstico más prevalente con un 21,8%, con un porcentaje total de un 3,7% para el trastorno de conducta (Vicente et al., 2012). De este porcentaje, se ha establecido un índice de presentación de entre el 6% al 16% en hombres menores de 18 años de edad, y un rango entre el 2% y el 9% para las mujeres (Almonte, 2012), tendiendo a hacerse más homogéneos los porcentajes en las presentaciones tardías (inicio adolescente) del trastorno (APA, 2013).

Clasificaciones y criterios diagnósticos.

El trastorno de conducta se encuentra descrito dentro de los principales sistemas diagnósticos. En la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades (CIE-10) se encuentra ubicado dentro de la categoría de Trastornos Disociales [F91] (OMS, 1992), mientras que en Manual diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría se encontró hasta la cuarta versión revisada dentro de la desaparecida categoría de “Trastornos de Inicio en la Infancia y Adolescencia”, bajo el nombre de Trastorno Disocial (Egaña & Valenzuela, 2008). Actualmente en el DSM-V se localiza en el nuevo epígrafe “Trastornos perturbadores, del Control de Impulsos y de Conducta”, bajo su nombre traducido literal del inglés “Conduct Disorder”; Trastorno de Conducta. En este nuevo apartado se engloban trastornos que presentan un déficit en el control emocional y comportamental que se manifiestan principalmente en conductas que transgreden los derechos de los demás y/o generan conflictos significativos con las normas sociales esperadas para su etapa del desarrollo y las figuras de autoridad, lo cual diferenciaría estos trastornos de otros con déficit impulsivos o emocionales similares (APA, 2013). No existe claridad acerca de la razón del cambio de nombre en esta nueva versión. No obstante algunos autores consideran que el término trastorno disocial podría llegar a ser una etiqueta con connotaciones muy negativas (Scheepers, Buitelaar & Matthys, 2011).

En la Tabla 1, se presenta de manera resumida y comparativa, como se clasifica el trastorno de conducta en los dos manuales más utilizados.

Tal como se observa, el CIE-10 propone más indicadores y presenta una mayor cantidad de subtipos, mientras que el DSM-V organiza y divide los criterios, proponiendo sólo tres subtipos de presentación clínica. Por otra parte, el especificador “con emociones

prosociales limitadas” fue integrado para esta última versión en base a las últimas investigaciones realizadas antes de su publicación por los expertos en el tema (APA, 2013), complementando a los otros dos indicadores en cuanto a establecer la severidad del cuadro y a visualizar un pronóstico probable para el trastorno.

Tabla 1

Trastorno de conducta: Comparación entre CIE-10 y DSM-V

	CIE-10 (1992)	DSM-V (2013)
Sección del manual	F90- F99 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	Trastornos perturbadores, del Control de Impulsos y de Conducta
Criterios diagnósticos	1) Presentar algunos de los 23 síntomas o conductas durante al menos 6 meses. La cantidad de síntomas depende de cada subtipo del trastorno. 2) Diferenciación diagnóstica de otros trastornos.	1) Presentar 3 (o más) de los 15 criterios, de las 4 categorías, por lo menos por 12 meses. Al menos 1 debe permanecer en los últimos 6 meses. a) Agresión a personas y animales b) Destrucción de la propiedad c) Engaño o robo d) Incumplimiento grave de normas 2) Malestar significativo en áreas social/académico/laboral. 3) Diferenciación diagnóstica de T. de personalidad antisocial.
Especificadores	1) Edad de inicio a) De inicio en la infancia b) De inicio en la adolescencia 2) Dimensional a) Hiperactividad b) Alteración de las emociones c) Gravedad del trastorno i) Leve ii) Moderado iii) Grave	1) Edad de inicio ^a a) 312.81 Tipo de inicio infantil b) 312.82 Tipo de inicio adolescente c) 312.89 Tipo de inicio no especificado. 2) Con emociones prosociales limitadas ^b a) Falta de remordimientos o culpa b) Insensible, carente de empatía c) Despreocupado por su rendimiento d) Afecto superficial o deficiente 3) Gravedad a) Leve b) Moderado c) Grave
Subtipos	F91.0 Trastorno disocial limitado al ámbito familiar F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados F91.2 Trastorno disocial en niños socializados F91.3 Trastorno disocial desafiante y opositorista F91.8 Otros trastornos disociales F91.9 Trastorno disocial no especificado	1) Trastorno de conducta de inicio infantil 2) Trastorno de conducta de inicio adolescente 3) Trastorno de conducta de inicio no especificado.

^a Edad de inicio: 312.81 ;312.82; 312.89 corresponden a F91.1; F91.2 y F91.8 en el CIE-10, sucesivamente.

^b Indicador integrado desde la quinta versión del DSM

Presentación clínica: subtipos.

Respecto a su presentación clínica, existe gran heterogeneidad dentro de los niños y adolescentes con trastornos de conducta (Frick & Ellis, 1999). Esta diversidad obedece a diversos factores involucrados en el desarrollo del trastorno – que también influirán hasta cierto punto su evolución–, estos corresponden tanto a factores de riesgo individuales de índole genética y/o temperamental, como psicosociales, de índole familiar, socioeconómica y contextual. En los manuales diagnósticos, se menciona esta característica propia del trastorno y las dificultades para llegar a un consenso respecto a la mejor manera de subdividir el trastorno de la conducta al realizar el diagnóstico (OMS, 1993).

En cuanto al CIE-10, como se muestra en la Tabla 1 se plantea una división general entre trastornos socializados y no socializados, definidos por la presencia o ausencia y calidad de las relaciones con los compañeros o pares, agregando un subtipo para aquellos trastornos que se presenten sólo en el ámbito del hogar. Además, agrega tres dimensiones a considerar en cuanto a sintomatología, incluyendo entre ellas la gravedad del trastorno (OMS, 1993). Presenta además un subtipo que podría leerse como comórbido; el trastorno disocial desafiante y opositor (F91.3) y un apartado de “Trastornos disociales y de las emociones mixtas” (F92).

El DSM-V, en base a los resultados de múltiples investigaciones especializadas ha propuesto tres subtipos establecidos de presentación, definidos según la edad de inicio del trastorno, los cuales equivalen a tres de los subtipos propuestos por el CIE-10 (ver Tabla 1, nota 1). A su vez, al igual que en este manual, los subtipos pueden presentarse de manera leve, moderada o grave.

Según Frick y Viding (2009) la existencia de subtipos dentro de una misma categoría diagnóstica, nos permite reflexionar en torno al concepto de equifinalidad, término derivado del enfoque de psicopatología del desarrollo, que postula que una misma manifestación conductual, en este caso el trastorno de conducta entendido como conducta antisocial en general, deriva de distintos mecanismos causales ampliamente estudiados, que dan origen en este caso a los tipos de inicio temprano e inicio adolescente. En ese sentido, Moffit (2006) postula un proceso transaccional disfuncional en el caso del trastorno de conducta de inicio infantil, versus una exageración del proceso normativo de la rebelión adolescente, en la segunda forma propuesta.

Trastorno de conducta de inicio infantil. Este subtipo aplica en aquellos niños que hayan presentado al menos un síntoma característico del trastorno antes de los 10 años de edad. En general, son marcadamente agresivos físicamente, con relaciones conflictivas con sus pares. En estos casos, suele encontrarse un curso evolutivo desde un trastorno negativista desafiante en la infancia temprana, llegando a presentar la mayoría de los criterios para el trastorno de conducta antes de la adolescencia. Así también, se ha encontrado evidencia de que en este subtipo, la prevalencia del déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es alta (APA, 2013), así como la de otros problemas del neurodesarrollo, déficits neuropsicológicos y cognitivos (Moffitt, 2006).

Las investigaciones de especialistas han concluido que el trastorno de conducta de tipo infantil podría llegar a tener un peor pronóstico al asociarse con persistencia de los problemas conductuales en la vida adulta, disfunción e inestabilidad familiar, problemas temperamentales, mayor vulnerabilidad genética, entre otros (Moffitt, 2003).

Trastorno de conducta de inicio adolescente. Se considera dentro de este subtipo a aquellos casos en los cuales pueda determinarse el inicio de la sintomatología como posterior a los 10 años de edad (presentación del primer síntoma). En el trastorno de conducta de inicio adolescente, se observan menos comportamientos agresivos y tendencia a relacionarse más normalmente con los compañeros, no obstante, presentan problemas de conducta a menudo en compañía de otros (APA, 2013). Moffitt (2006), postula que este subtipo se relaciona con más niveles de rebeldía y rechazo a las normas sociales convencionales, en ese sentido, estaría más asociado a formas negativas de aprendizaje sociales en el grupo de pares. Por otra parte, tendría menor correlación con factores familiares negativos así como con problemas temperamentales y cognitivos, además de un menor riesgo genético.

Trastorno de conducta de inicio no especificado. Este subtipo se ha determinado dentro del DSM-V para consignar aquellos casos en los que no haya información lo suficientemente confiable para establecer la aparición de los primeros síntomas, por lo que, se confirma el trastorno por el cumplimiento de los criterios específicos (APA, 2013).

Especificador: con emociones prosociales limitadas.

La novedad respecto a las versiones anteriores del DSM, corresponde a la inclusión del nuevo especificador “con emociones prosociales limitadas”, la cual viene a integrar a los sistemas clasificatorios los rasgos de “dureza e insensibilidad afectiva” (DIA), los cuales, según los investigadores, muestran relativa estabilidad a través de la infancia y adolescencia y tienden a asociarse a conductas más problemáticas, tales como agresividad y delincuencia, las cuales a su vez, presentan mayor heredabilidad y una peor respuesta al tratamiento. Esto hace relevantes los rasgos DIA a nivel clínico, puesto que pueden presentarse diferencias significativas entre las características emocionales, cognitivas y de personalidad de quienes los presentan y los que no, identificando los casos de mayor complejidad con más precisión (Molinuevo, 2014). Pese a que cualquier subtipo y nivel de gravedad puede cumplir con alguno de estos rasgos, es más probable que quienes presenten varios de ellos correspondan al subtipo de inicio infantil y especificador grave (APA, 2013).

Para poder asignar este especificador, deben presentarse al menos dos de las características, persistentemente por un período de doce meses, en distintas situaciones y relaciones, es decir, que deben reflejar un patrón típico de respuesta relacional y emocional. Para evaluarlas se necesitan variadas fuentes de información pertenecientes a distintos contextos en los que se desenvuelva la persona, desde el propio niño o adolescente, hasta amigos, profesores, familiares, compañeros de actividades, entre otros (APA, 2013). El especificador se divide en cuatro subcategorías:

Falta de remordimiento o culpabilidad. No se siente mal al hacer algo incorrecto o dañar a otras personas, es decir, hay una ausencia total de preocupación sobre las consecuencias negativas de sus actos (Molinuevo, 2014). Se recomienda no considerar como remordimiento, aquellos casos en que se manifieste culpa tras realizar un acto transgresor, pero sólo al ser descubierto o la posibilidad de recibir un castigo (APA, 2013).

Insensible, carente de empatía. No hay preocupación ni consideración por los sentimientos de los demás, por lo que podría ser descrito como frío e indiferente (APA, 2013). Se muestra considerablemente más preocupado por los efectos de sus acciones sobre sí mismo que por sobre los demás, inclusive si ha causado perjuicios en otros (Molinuevo, 2014).

Despreocupado por su rendimiento. No se muestra preocupado por su rendimiento insuficiente o problemático en la escuela, el trabajo u otras actividades importantes, ni realiza esfuerzo alguno por mejorarlo, incluso habiendo muestras claras o evidentes de las expectativas de los otros sobre su persona. Suele poner la responsabilidad de su mal desempeño en los otros (APA, 2013).

Afecto superficial o deficiente. La persona no expresa sentimientos o emociones a los demás, excepto de manera superficial o que podría ser considerada poco honesta. El DSM-V menciona como ejemplos el desconectar o conectar emociones con mucha rapidez, contradecir con acciones la emoción expresada y/o utilizarlas para obtener algún tipo de beneficio (manipular o intimidar a los demás) (APA, 2013).

Curso y evolución.

El curso del trastorno, así como su presentación clínica es muy variable. En el DSM-V, se menciona que el inicio del trastorno puede darse ya en los años preescolares, no obstante los síntomas significativos podrían aparecer desde la infancia media a la adolescencia media. Los síntomas del trastorno van variando con la edad, siguiendo generalmente una gradiente desde manifestaciones leves (ej: pequeños robos, mentiras constantes) hasta las más severas (ej: agresiones físicas graves que pueden caer en delito, otras conductas delictivas) (APA, 2013). El trastorno de conducta suele estar asociado con el bajo rendimiento educativo, aislamiento social, abuso de sustancias y mayores posibilidades de incidir en actos delictivos en la adolescencia (NICE, 2013). No obstante, cada caso se desarrollará de manera única y su evolución dependerá de múltiples factores, encontrándose casos leves que podrían evolucionar positivamente o cronificarse, como casos de mayor gravedad desde temprana edad (Frick & Viding, 2009).

Algunos autores (Frick, 2006; Frick & Ellis, 1999; Frick & Viding, 2009; Moffit, 1993, 2003, 2006) señalan que habría formas del trastorno de conducta que podrían tener un mejor pronóstico, llegando a la remisión en la etapa adulta, indicando como probables casos, el trastorno de conducta de inicio en la adolescencia y aquellos que cursan de manera moderada a leve. Al respecto, Almonte (2012) ha planteado que es importante observar la cantidad de síntomas y la presencia de rasgos de “dureza e insensibilidad afectiva” (DIA), puesto sería un indicador confiable de la severidad del cuadro. Por otro lado, la evidencia

plantea que una proporción importante de quienes presentan este trastorno continuaron presentando conductas problemáticas en la adultez, evolucionando en algunos casos a trastornos crónicos y más deteriorantes, tales como el trastorno de personalidad antisocial y trastornos relacionados al abuso de sustancias (Almonte, 2012). Igualmente, se ha encontrado mayor comorbilidad con trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del control de los impulsos, trastornos psicóticos, trastornos de síntomas somáticos y dificultades psicosociales de diversa índole (APA, 2013; NICE, 2013).

Se consideran como factores de mal pronóstico y mayor riesgo, la presentación precoz del trastorno, es decir, de inicio infantil y la presencia de varios rasgos DIA, incluido en el especificador “con emociones prosociales limitadas” del DSM-V. A su vez, las posibilidades de persistencia aumentan si se presenta un abuso de sustancias u otro trastorno disruptivo o del control de impulsos, como el déficit atencional (APA, 2013).

Se ha encontrado también una relación evolutiva entre el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta, dado que en la mayoría de los casos de trastorno de conducta de inicio infantil, se han cumplido previamente los criterios del primer trastorno mencionado. Así mismo, en estos casos se observa una continuidad hacia el trastorno de personalidad antisocial (APA, 2013). Se han identificado como factores de riesgo para este continuo en edades tempranas, la presencia de fracaso escolar, una inadecuada disciplina parental, condiciones socioeconómicas problemáticas y antecedentes de criminalidad en miembros de la familia (Almonte, 2012).

Así también, la APA (2013) ha resumido los principales factores de riesgo identificados por investigadores especialistas en la materia, los cuales se resumen en la Tabla 2.

Tabla 2

Factores de riesgo para el trastorno de conducta DSM-V

	Individuales		Psicosociales
Temperamentales	<ul style="list-style-type: none"> • Temperamento infantil de difícil control • Inteligencia por debajo de la media • CI verbal disminuido. 	Familiares^a	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo y negligencia de los padres • Crianza incoherente • Disciplina severa • Falta de supervisión • Familia muy numerosa • Delincuencia en la familia • Abuso físico o sexual intrafamiliar • Vivir en una institución desde temprana edad • Cambios frecuentes de cuidadores • Psicopatología familiar (consumo de sustancias, otros trastornos conductuales, trastorno de personalidad antisocial).
Genéticos	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo aumenta con padre biológico y adoptivo o hermano con TC • Más frecuente con padres que sufran de patologías psiquiátricas graves (Trastorno del ánimo depresivo y bipolar, esquizofrenia y consumo problemático de alcohol) • Padres con antecedentes de TDAH o TC 	Ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo de los compañeros de colegio • Desescolarización • Asociación con grupos de referencia delictuales. • Barrio expuesto a la violencia.
Fisiológicos^c	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardíaca más lenta que en sujetos sin TC. • Marcador único del TC^b • Respuesta disminuida a condicionamiento al miedo, baja conductancia en la piel. • Diferencias funcionales/estructurales del cerebro en regulación/procesamiento del afecto. 		

Nota: TC= Trastorno de conducta. TDAH= trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

^a Los antecedentes familiares caracterizan en especial a los TC inicio infantil.

^b No se presenta en ningún otro trastorno.

^c Estos hallazgos no son diagnósticos del trastorno

Tal como se observa en la Tabla 2 son múltiples los factores que confluyen en el desarrollo del trastorno. Los factores genéticos sumado a los factores familiares negativos desde temprana edad se asocian con más frecuencia a formas más crónicas y graves del trastorno, mientras que los factores ambientales y presencia tardía de los síntomas a

formas más leves (APA, 2013). Sin embargo, se recomienda considerar el contexto en el momento de diagnosticar, es decir, los factores culturales, de manera que el comportamiento no forme parte de un repertorio normal o esperable para las circunstancias, siendo este un punto de debate actual entre los estudiosos del tema (Molinuevo, 2014).

El Trastorno de Conducta de Inicio Infantil: Factores de Riesgo Asociados y Subdivisiones

Como se ha revisado hasta ahora, el trastorno de conducta es un diagnóstico de compleja severidad por la diversidad de sus manifestaciones. Pese a eso, las investigaciones de los especialistas en el tema, han permitido vislumbrar al menos dos tipos generales de presentaciones clínicas, las cuales han sido recientemente incluidas en el DSM –V , a saber el de inicio infantil y el de inicio adolescente (APA, 2013).

La división entre ambos subtipos de trastorno de conducta, ha surgido de múltiples investigaciones que han sugerido diferencias tanto en la trayectoria como en los mecanismos del desarrollo implicados en las manifestaciones conductuales de tipo antisocial, centrándose en los conceptos de equifinalidad y multifinalidad (Frick & Viding, 2009). El primer concepto, levemente esbozado en el capítulo anterior, hace relación con el cómo diferentes procesos causales o vías del desarrollo pueden llevar a un mismo tipo de comportamiento, en este caso, el antisocial. Mientras que la multifinalidad, hace alusión a como los mismos factores de riesgo (ej: vulnerabilidad social, pobreza, parentalidad deficiente, etc.), pueden llevar a diversos tipos de comportamiento, patologías, etc., a saber, distintas trayectorias del trastorno de conducta en este caso (Frick, 2006). Moffit, Caspi, Harrington y Milne (2002), desde esa línea, plantean que ambos subtipos difieren en una importante cantidad de factores de riesgo de predisposición y de índole contextual, siendo aquella compleja interacción la que producirá las diferentes formas del trastorno.

Factores de riesgo en el trastorno de conducta de inicio infantil.

En el capítulo anterior, se describieron de manera general los factores de riesgo asociados al trastorno de conducta (ver Tabla 2), en este apartado dichos factores se diferenciarán a cada subtipo, con un énfasis en aquellos presentes en el subgrupo de inicio temprano.

En términos generales, el trastorno de conducta de inicio infantil (TC1), es entendido como un proceso transaccional disfuncional es decir, generalizado al desarrollo, mientras que el trastorno de conducta de inicio adolescente (TC2) ha llegado a ser relacionado con la exageración del proceso normativo adolescente, supeditado la mayoría de las veces a esta etapa del desarrollo (Frick & Loney, 1999), esta subdivisión de “curso persistente a lo largo de la vida” y “limitado a la adolescencia” fue propuesta por Moffit (1993).

Según Moffitt (2003), los problemas generalizados de los trastornos de conducta tempranos tienen que ver con una infancia dificultada por vulnerabilidades de índole cognitiva (inteligencia por debajo de la media) y neuropsicológica, tales como déficit en la función ejecutiva y el área verbal, así como déficits de tipo atencional (Fergusson, Lynsky & Hoorwood, 1996; Moffit, 2006). También se han encontrado puntajes más bajos en: memoria de trabajo, integración sensorial, fluidez e inteligencia verbal, y razonamiento espacial (Fairchild et al., 2008; Harrington & Maskey, 2008; Puerta, Martínez-Gómez & Pineda, 2002; Trujillo & Pineda, 2008), pesquisándose a la vez, una mayor presencia de signos neurológicos blandos, lo cual indicaría probables problemas del neurodesarrollo (Moffit, 2006).

Los signos neurológicos blandos (SNB) se entienden como aquellas señales sutiles de déficit integrativo, es decir del funcionamiento global, que están asociados a un retardo en la maduración cerebral, lo cual podría indicar dificultades motoras, de integración sensorial y en las habilidades viso-manuales, así como incidencia de comportamiento sobre reactivo-impulsivo (Cardo, Casanovas, De la Banda & Servera, 2008). La manifestación de los SNB es muy precoz y se hace mucho más evidente al iniciar la etapa escolar (Lopera, 1991). En general los SNB son considerados como un factor biológico asociado a aspectos ambientales y ha sido relacionado a los trastornos de índole disruptiva, clasificación a la cual pertenece el trastorno de conducta (APA, 2013). Se ha encontrado una mayor prevalencia de signos neurológicos blandos en estratos socioeconómicos bajos, debido a los efectos de las condiciones sociales vulnerables en el desarrollo infantil. Estos efectos se traducirían en recibir una menor estimulación, lo que incidiría directamente en el desarrollo neuropsicológico. Así también, el desarrollo de las habilidades descendidas se daría de manera inadecuada moldeándose a las demandas del contexto, contribuyendo en su mayoría a fomentar el repertorio transgresor o antisocial (Maturana, 2007).

Por otra parte, otros autores han encontrado factores de riesgo temperamentales tales como tendencia a la impulsividad (Silverthorn, Frick & Reynolds, 2001), extroversión (Rey-Anacona, Paitán-Ávila & Monguí, 2014), temperamento temerario o audaz (ausencia de miedo), dificultades en la regulación emocional, baja reactividad emocional y tendencia a la búsqueda de sensaciones. De entre los rasgos mencionados “ausencia de miedo” o comportamiento temerario, ha mostrado ser bastante estable y tendría asociación a variables genéticas (Carreño & Valenzuela, 2008).

Desde la hipótesis del aporte genético del trastorno, Díaz-Marsá, Cavero, Fombellida y Carrasco (1997) realizaron un estudio de incidencia de trastorno de conducta, encontrando que este se dio más frecuentemente en los hijos biológicos de padres antisociales que fueron adoptados por otras familias, mas no así en niños con padres adoptivos antisociales. La mayor aparición de conductas antisociales en hijos de padres biológicos delincuentes, incluso en un contexto ambiental poco favorecedor para su aparición, indicaría una probable influencia genética en el desarrollo de estos casos de TC. Así también, se ha encontrado una probable superposición genética entre los trastornos de conducta y la dependencia al alcohol y drogas en estudios realizados en gemelos, esto podría aportar a comprender los altos índices de comorbilidad entre ambas patologías (Carreño & Valenzuela, 2008; Krueger, Markon, Patrick, Benning, & Kramer, 2007), las que podrían llegar a superar el 60% en adolescentes (Kaminer, 1999).

Si bien se han encontrado múltiples factores psicosociales para el comportamiento antisocial, tanto de inicio temprano como para el de inicio adolescente, estos difieren entre sí, encontrándose para el subtipo 1 una mayor incidencia de factores familiares negativos que para el subgrupo adolescente (Frick, 2006; Frick & Viding, 2009). Estos factores son: pertenecer a hogares con gran inestabilidad familiar y alto nivel de conflictos, patrones de crianza caracterizados por un alto nivel de autoritarismo y agresividad, falta de coherencia en la aplicación de la disciplina y baja calidad de la escolaridad (Moffitt, 2003). Mientras que los factores familiares de riesgo hallados para el subtipo 2, consisten principalmente en falta de involucramiento y supervisión de los hijos. Loeber y Hay (1997), postulan que estos patrones de crianza podrían influir en el desarrollo de cada subtipo del trastorno, favoreciendo más conductas agresivas en el primer tipo y más conductas al margen de las normas en el segundo caso.

En resumen, los factores de riesgo predominantes para el trastorno de conducta de inicio infantil obedecerían en mayor parte a una probable predisposición genética y vulnerabilidades neuropsicológicas derivadas, en interacción con factores ambientales desencadenantes con bastante énfasis en los factores familiares negativos. Mientras que en el trastorno de conducta de inicio adolescente, los factores de riesgo estarían fuertemente asociados al aprendizaje social negativo con una influencia de factores neuropsicológicos o genéticos poco significativos.

Dos subtipos de trastorno de conducta de inicio infantil: los rasgos de dureza e insensibilidad afectiva.

Existe una serie de investigaciones (Frick & Ellis, 1999; Frick & White, 2008; Hawes & Dadds, 2005; Moffit et al., 2008; Pardini, Lochman & Powell, 2007; Scheepers, Buitelaar, & Matthys, 2011) que sugieren que la presencia de rasgos de dureza e insensibilidad afectiva (DIA) o *callous and unemotional traits* (CU traits) en el idioma original de investigación, definen dos nuevos subtipos distintos de trastorno de conducta. Esta diferenciación, cruzaría la ya existente y ampliamente usada por edad, que ha sido expuesta hasta ahora. Estos subtipos de trastorno de conducta “con rasgos DIA” y “sin rasgos DIA” serían diferentes en sus características y factores de riesgo sociales, cognitivos y emocionales, así también, variarían en la severidad y estabilidad de su conducta antisocial (Frick, Bodin & Barry, 2000; Boxer & Frick, 2008).

Tomando como punto de referencia lo anteriormente expuesto, los investigadores han llegado a proponer la existencia de dos subdivisiones dentro de trastorno de conducta de inicio infantil (TC1), con diferentes características y niveles de severidad dentro del ya catalogado subtipo más complejo. Así planteado, el subtipo “TC1 con rasgos DIA” correspondería a una trayectoria del trastorno diferenciada en relación a los “TC1 sin rasgos DIA”. Antes de caracterizarlos propiamente tal, se ahondará brevemente en los rasgos de dureza e insensibilidad afectiva, en relación al TC1.

Los rasgos de dureza e insensibilidad afectiva corresponden a un estilo interpersonal marcado por una acusada falta de empatía y culpa, además de un uso insensible de los otros (vínculo utilitario, en otras investigaciones). Este estilo “duro e insensible” ha sido a menudo comparado con el estilo emocional psicopático, desde esa vertiente, Blair, J., Mitchell & Blair, K. (2005) y Patrick (2007), han encontrado este estilo en adultos encarcelados con trastorno de personalidad antisocial (TPA), cuyo comportamiento está caracterizado por un patrón más severo y violento de comportamiento antisocial, así como mucho más difícil de tratar. Las características antes mencionadas, han sido también encontradas recurrentemente en jóvenes con TC1, esto podría sugerir una etiología en común o la posibilidad de que el TPA de estos individuos resulte de una cronificación de un trastorno de conducta de inicio infantil, con rasgos de dureza e insensibilidad afectiva (Frick & Viding, 2009).

Si bien los rasgos DIA pueden estar presentes en cualquiera de los subtipos, ya sea de inicio temprano o adolescente, la prevalencia es mucho mayor en los TC1 (Dandreaux & Frick, 2009; Silverthorn, Frick, & Reynolds, 2001). Así también, la presencia de rasgos DIA ha sido sistemáticamente asociada a las formas más estables, graves y agresivas de comportamiento antisocial, las cuales en efecto, suelen observarse en este subtipo (Edens et al., 2007), prediciendo además la prevalencia de comportamiento antisocial incluso controlando otros factores de riesgo, como uso de drogas, presencia de pares delincuentes, entre otras (Salekin, 2008).

Frick y White (2008) aportan a la caracterización de una nueva subdivisión de los trastornos de conducta, estableciendo tres formas del mismo, a partir de una subdivisión del trastorno de conducta de inicio temprano en: trastorno de inicio temprano con rasgos de dureza e insensibilidad afectiva (TC1 con rasgos DIA) y trastorno de inicio temprano sin rasgos de dureza e insensibilidad afectiva (TC1 sin rasgos DIA). Finalmente, el tercer subtipo, es el ya establecido trastorno de conducta de inicio adolescente (TC2).

Trastorno de conducta de inicio infantil con rasgos DIA.

Frick y Viding (2009), han propuesto que la asociación entre comportamiento violento y presencia o ausencia de rasgos DIA, podría ayudar a comprender y caracterizar a distintos tipos de individuos violentos. En el caso del subtipo infantil con rasgos DIA, se ha encontrado que la agresividad no es sólo cuantitativamente mayor, sino que suele ser de índole reactiva y proactiva a la vez, con predominancia de los comportamientos agresivos proactivos (Frick, Cornell, Barry, Bodin & Dane, 2003). La agresividad reactiva —basada en el modelo de frustración-agresión (Dollard, Doob, Miller, Mowrer & Sears, 1939), posteriormente modificado por Berkowitz (1965)—, consistiría en una reacción a una amenaza percibida y cuyo único fin es dañar al otro, es decir, sin más metas concretas. Por otro lado, la agresividad proactiva —basada en el modelo de aprendizaje social de Bandura (1973)— funcionaría como una estrategia que el sujeto pone en marcha para la obtención de un objetivo o beneficio, es decir que no requiere de activación, por lo que ha sido descrita como fría, instrumental y organizada (Raine et al., 2006).

Tanto las presentaciones mixtas de comportamiento agresivo (reactiva y proactiva a la vez) y la forma proactiva han sido sistemáticamente asociadas a mayor presencia de comportamiento antisocial, lo cual podría equipararse a formas más graves del trastorno (Penado, Andreu & Peña, 2014).

Pardini, Lochman y Frick (2003), en un estudio con adolescentes encontró que aquellos con altos puntajes en rasgos DIA suelen interpretar como positivo y gratificante el ser dominante en relaciones agresivas, además de ser menos sensibles al castigo ante estas actitudes. Este último punto, ha sido asociado por algunos investigadores a una capacidad disminuida para percibir cuando se están transgrediendo los límites (Kochanska, 1993). Por otro lado, este patrón se agudiza al actuar motivados por recompensas. Esta asociación sociocognitiva positiva a mostrar repertorios agresivos, se ha vinculado a formas proactivas de agresividad (Frick & Viding, 2009).

A nivel emocional, se ha encontrado que los individuos que despliegan agresividad proactiva tienden a mostrar bajos niveles de reactividad a la provocación, lo cual, implicaría que detrás de su repertorio agresivo hay una motivación personal guiada por la gratificación propia (entiéndase, de ser dominante), en vez de ser un acto de defensa personal (atacar porque se interpreta que se es atacado), dado que serían escasamente sensibles a las interpelaciones de otros (Pitts, 1997). Por otro lado, Frick y White (2008) también observaron dificultades para detectar signos de emociones negativas o disfóricas en los demás, tales como angustia y miedo (baja activación empática). Respecto a variables cognitivas, suelen ser más propensos a mostrar déficit verbales y del lenguaje (Frick, 2006).

Como características propias de los trastornos de conducta con rasgos DIA a nivel temperamental y de personalidad, se pueden mencionar: comportamiento desinhibido (tienden a la extroversión); comportamiento temerario tendiente a la búsqueda de sensaciones, ausencia de miedo, niveles bajos de ansiedad y neuroticismo, baja evitación de daños y un estilo de respuesta orientado a la recompensa (Carreño & Valenzuela, 2008; Frick & White, 2008).

Así mismo, Conell y Frick, (2007) encontraron en su investigación que los niños preescolares que presentaron comportamiento desinhibido fueron más propensos a mostrar problemas en el desarrollo de la empatía y la culpa y un desarrollo disminuido de la consciencia y auto-observación (Kochanska, Gross, Lin & Nichols, 2002). Estos déficits temperamentales en distintos aspectos de la reactividad emocional pueden resultar en severas dificultades de adaptación a lo largo del desarrollo (Frick & Viding, 2009).

Trastorno de conducta de inicio temprano sin rasgos DIA.

A nivel emocional, su conducta agresiva suele estar asociada a sesgos de atribución hostil, es decir, interpretarían la actitud del otro constantemente como un ataque o intención de perjuicio, por lo cual, reaccionan defensivamente. Este sesgo de atribución fue encontrado en individuos sin rasgos DIA, lo cual no sólo incluye a este subtipo (TC1 sin DIA), sino también a la mayoría de los jóvenes con TC2 (Frick et al., 2003). Por otro lado, según los investigadores sus dificultades en el desarrollo emocional se caracterizan principalmente por una regulación emocional empobrecida caracterizada por altos niveles de impulsividad y ansiedad (Pardini, Lochman & Powell, 2007), más que por un “endurecimiento” o dificultades para percibir al otro emocionalmente. De hecho, a diferencia del subtipo TC1 con rasgos DIA, anteriormente caracterizado, este subtipo no presenta grandes dificultades en la empatía y culpa y se ha reportado la presencia de angustia asociada a los efectos de su conducta en los otros (Pardini et al, 2003). Se podría decir entonces, que la percepción del otro está, pero es errónea, como se mencionaba anteriormente con un marcado sesgo hostil. Este desarrollo emocional desregulado con altos índices de ansiedad, sería coherente con la comorbilidad encontrada con trastornos de ansiedad por algunos investigadores en el trastorno de conducta (APA, 2013).

A nivel psicosocial, suelen relacionarse con prácticas parentales disfuncionales, al respecto, Kochanska et al., (2002) propone que probablemente estos niños no fueron socializados adecuadamente acerca de cómo regular su comportamiento en respuesta a contingencias ambientales. Frick y Morris (2004), por su parte, describen el temperamento de este subgrupo como fuertemente reactivo a nivel emocional y con déficits importantes en la regulación de las emociones, baja tolerancia a la frustración y despliegue de conductas agresivas impulsivas (no planificadas). Frick, Kimonis, Dandreaux y Farell (2003), señalan que pese a haber consciencia de daño o posteriores sentimientos de culpa, la tendencia a volver a desplegar este tipo de conductas seguirá siendo alta.

Es por todo lo anterior, que este subgrupo tendería a mostrar agresividad de índole reactiva, a diferencia del subgrupo anterior, la cual ha sido fuertemente asociada al rasgo impulsividad, como respuesta a una activación emocional intensa, hostilidad y déficits en el procesamiento de la información (Raine et al., 2006).

Recapitulando, existirían tres subgrupos para el trastorno de conducta, los cuales han sido descritos en este capítulo y tienen directa relación con la presencia o ausencia de rasgos DIA. Desde el trastorno de conducta de inicio infantil, se desprenden dos subdivisiones, las cuales presentan factores de riesgo que los afectan de manera negativa a lo largo de múltiples etapas del desarrollo, pero de manera diferente en cada subgrupo, presentando un endurecimiento emocional tendiente a formas de agresividad mixta, en el TC1 con rasgos DIA y con dificultades importantes de la regulación emocional y formas de agresividad reactiva, en el TC1 sin rasgos DIA. Ambos subtipos comparten el iniciar con conductas disruptivas a muy temprana edad, lo cual ha sido comúnmente asociado a variables de predisposición genética y neuropsicológica. Por otra parte, el tercer subgrupo existente, sería el trastorno de conducta de inicio adolescente o TC2, el cual se caracteriza por una expresión tardía de la conducta inadecuada, descrito por los investigadores como un proceso de adaptación deficiente a las demandas propias del proceso normativo identitario adolescente, tales como la separación e individuación con los padres, identificación con grupos de referencia negativos, entre otros (Moffitt, 2006). Para este subgrupo los factores de riesgo de índole psicosocial son los predominantes.

Para finalizar, resulta importante enfatizar que para comprender estas diferenciaciones son relevantes los conceptos de multifinalidad y equifinalidad. Hacer un esfuerzo por caracterizar diferentes trayectorias no tiene sentido si no es desde una perspectiva del desarrollo (Frick & Viding, 2009). Considerar que los mismos factores de riesgo pueden resultar en diferentes trayectorias de comportamiento antisocial y que a la vez, este comportamiento puede involucrar distintos mecanismos del desarrollo que delinear trayectorias diferenciadas, permite ampliar la visión del mismo, ofreciendo nuevas perspectivas de abordaje. Dentro del trastorno de conducta de inicio temprano, se han caracterizado dos estilos emocionales muy distintos entre sí, para los cuales un modelo de intervención único que no respete sus particularidades estaría probablemente destinado a ser poco eficaz.

El levantamiento de esta información responde a un esfuerzo por acercarse a un abordaje que, desde la perspectiva del desarrollo, permita una aproximación más personalizada y comprensiva al subgrupo del trastorno caracterizado como el más severo y con mayores dificultades en su tratamiento. Es por esto que resulta pertinente conocer las bases del constructivismo evolutivo como enfoque afín al objetivo recién descrito, estas

serán tratadas en el siguiente capítulo, para posteriormente, profundizar directamente en cómo se entiende el desarrollo psicológico desde esta perspectiva.

Enfoque Constructivista Evolutivo en Psicoterapia

Luego de caracterizar de manera lo más actualizada posible lo que se sabe del trastorno de conducta y en específico, de sus subdivisiones en el subgrupo de inicio infantil (TC1), definidas por la presencia o ausencia de rasgos de dureza e insensibilidad afectiva, se procederá a profundizar en la teoría escogida para abarcar este fenómeno, a saber, el constructivismo evolutivo.

El constructivismo es una epistemología, es decir, una manera de entender al ser humano y la forma en que este conoce, en la cual se concibe a la persona como un ente activo que construye su realidad otorgándole significados, mientras que lo evolutivo se refiere a la persona como un sistema orgánico cambiante que va evolucionando a través de etapas establecidas, bajo principios regulares de estabilidad y cambio (Sepúlveda, 2012). El desarrollo o paso por estas etapas es siempre particular al sujeto, es decir, que todos los seres humanos pasan por etapas del desarrollo determinadas, pero el proceso de construcción de significados, los logros en una etapa del desarrollo específica o su evolución a un estadio más elevado, está influenciado tanto por una base biológica como también por una experiencia e interacción con el medio de índole personal; es decir, tiene que ver con la interacción del sujeto consigo mismo, con los otros y con la realidad (Wenar, 1994).

El enfoque constructivista evolutivo, corresponde al esfuerzo desde la psicología clínica infanto-juvenil contemporánea y desde enfoques cognitivos predecesores, por integrar el paradigma piagetano tanto en el proceso psicodiagnóstico clínico como en un determinado sistema de psicoterapia, a través de la incorporación de las nociones de la epistemología piagetana junto a los conceptos evolutivos. Esta perspectiva, integra los fundamentos teóricos y prácticos que orientarán la planificación de procedimientos, intervenciones clínicas y establecimiento de metas para los cambios terapéuticos esperados, considerando de manera específica cada etapa del desarrollo (Sepúlveda, 2012).

Dentro del marco constructivista, se considera al ser humano como un sistema de desarrollo que construye significados (Rosen, 1996), es decir, que el ser humano es un sujeto activo en la construcción de la realidad (Neimeyer, G. & Neimeyer, R., 1996), la cual puede ser interpretada de distintas formas. En ese sentido, el constructivismo

evolutivo sería un constructivismo moderado o realismo crítico, dado que considera la existencia de un mundo real e independiente de la conciencia, pero este no puede ser directamente conocible; sólo a través de la interpretación del sujeto (Sepúlveda, 2008).

Según Kelly (citado en Sepúlveda, 2013), las personas están continuamente creando patrones conceptuales desde las experiencias, creando significados acerca de sí mismos y del mundo. Estos constructos a su vez, le permiten a las personas interpretar, predecir y responder adecuadamente a las nuevas experiencias que se le van presentando, de modo que comprender el proceso de construcción de significados, resulta central para la comprensión de los problemas de índole psicológica.

El conocimiento desde este enfoque, se considera como un proceso dinámico y direccional; dinámico porque las estructuras de conocimiento experimentan transformaciones en su organización a través del tiempo y direccional, porque se mueven hacia una mayor complejidad y abstracción. Es decir, que el conocimiento es un proceso evolutivo, que se desarrolla mediante interpretaciones sucesivas más abarcadoras, estructurándose en sistemas jerárquicos y auto-organizados (Sepúlveda, 2013).

La construcción de significados para Piaget (1973), involucra interacciones entre sujetos y objetos, en las que estas serán iniciadas espontáneamente a veces por el sujeto, como otras por estímulos externos. Esta actividad evolutiva, involucra aspectos biológicos, al pensar el cómo se relaciona el organismo con el ambiente (adaptación); psicológicos, considerando como se establece la relación con los otros (identidad) y filosóficos, en cuanto a comprender como se relaciona el sujeto con el objeto (verdad).

Invariantes del desarrollo: los movimientos evolutivos de asimilación y acomodación.

Para que la obtención de conocimiento sea posible, deben existir movimientos constantes, los cuales posibilitarán el paso de cualquier estadio al siguiente nivel. Dentro de esta teoría existen dos condiciones constitutivas conectadas entre sí, estas son la adaptación y el equilibrio. La adaptación se define como la estabilidad organizativa de la persona, en cuanto al ajuste del sujeto con el mundo externo, y para esto, es necesario que exista un equilibrio entre las actividades de asimilación y acomodación (González, 2011).

La asimilación es el movimiento evolutivo que permite la integración de los objetos (estímulos del mundo externo) en estructuras previas (ya construidas) del sujeto. En

pocas palabras, la asimilación enmarca la influencia de la persona sobre la comprensión del ambiente, la cual debe hacer una integración activa de los conocimientos a su psiquismo (Sepúlveda, 2013). Mientras que la acomodación, se refiere al proceso en que el sujeto ajusta sus estructuras a los objetos externos (González, 2011), es decir, es la modificación del comportamiento como resultado de la experiencia (Sepúlveda, 2013). El movimiento de acomodación, comprende la influencia del ambiente sobre la persona, la cual debe responder a sus requerimientos.

Según Piaget (1969), todo conocimiento implica una asimilación ya que de esta forma las personas significan los objetos. Para afirmar que algo se conoce, debe haber sido necesariamente incorporado a un esquema de acción. Un esquema de acción es la sucesiva acumulación de acciones que constituyen el repertorio de una persona frente a situaciones determinadas (González, 2015). En otras palabras, “lo que hay de común en las diversas aplicaciones de la misma acción” (Piaget, 1969). Los esquemas de acción irán constituyendo a la larga organizaciones más complejas: las estructuras, las cuales son procesos sistemáticos, dado que se producen constantes transformaciones dentro de ella haciéndola más flexible y más completa, pero que dejan inalterada la totalidad, es decir, la estructura sigue existiendo pese a los cambios que se producen dentro de ella, ganando estabilidad (González, 2015).

Recapitulando, Piaget (1983) ha considerado los mecanismos de asimilación y acomodación como las invariantes del desarrollo, pues estos movimientos deben ocurrir de manera constante para que la actividad evolutiva no se detenga (González, 2011). Estas invariantes, son primordiales para lograr el equilibrio y la adaptación del sujeto con el medio. Por otro lado, existen las variables del desarrollo, es decir lo que va cambiando para progresar a formas más avanzadas del desarrollo, son dinámicos, susceptibles a constantes modificaciones dentro de sí y por los cuales necesariamente transitamos a lo largo de la vida. De estas estructuras se tratará en mayor profundidad en el siguiente capítulo.

Los desequilibrios: fuente de progreso para el desarrollo.

El ser humano actúa motivado por la necesidad y esta se produce cuando algo en el medio externo ha cambiado. Un desequilibrio se percibe como una nueva necesidad, cada vez que precisamos reajustar nuestra conducta según las transformaciones de la realidad (González, 2015).

Los desequilibrios son un motor de búsqueda, actúan como desencadenadores al desafiar los esquemas de acción y la estructura del sujeto, movilizándolo a asimilar y acomodarse para retomar el equilibrio. Constituyen una fuente de progreso para el desarrollo pues motivan a la persona a superar su estado actual (Piaget, 1990). La fecundidad del desequilibrio se mide por la capacidad de superarlo, con nuevos conocimientos que impliquen mejoras en el sistema; cuando esto ocurre la reequilibración constituye una “reequilibración maximizadora”, dado que permite ampliar y flexibilizar la estructura, generando un repertorio diverso para responder a una mayor amplitud de situaciones (González, 2015).

Para que esta reequilibración se produzca, debe existir motivación y para esto es esencial el papel de la afectividad, la cual funciona de manera inseparable con el desarrollo cognitivo. Las emociones son inseparables de las cogniciones y juegan un rol central en la conducta y el proceso de cambio (González, 2011). El comportamiento desde la teoría piagetana es entendido como acción que responde a una necesidad e implica motivación y metas valoradas (Sepúlveda, 2013).

El desarrollo implica un equilibrio, el cual es un proceso de cada vez mayor estabilidad. Se dice que un sistema está en equilibrio cuando los procesos de asimilación y acomodación ocurren de manera recíproca y permiten a la persona necesariamente avanzar, es decir, desarrollar niveles más complejos de estructura, con el fin de preservar la coherencia interna (Sepúlveda, 2013).

El equilibrio involucra la capacidad de reversibilidad, al formarse estructuras más flexibles capaces de ampliarse, coordinando distintos conocimientos y perspectivas, inclusive si estas son opuestas, sin distorsionar la construcción de significados ni perder su organización general que constituye la estructura de la personalidad. La reversibilidad se va consiguiendo a medida que el sujeto se va descentrando, es decir, deja de estar ligado de forma concreta a lo percibido, para poder conocer y empezar a pensar acerca de los variados aspectos de lo que percibe. Desde las concepciones piagetanas, los elementos centrales para mantener el equilibrio y la estabilidad de esta estructura son la “adaptación” y la “construcción de la identidad” (Sepúlveda, 2013).

En este sentido, la adaptación conlleva el equilibrio y se considera eficaz cuando implica la continuidad del sí mismo a través de (y simultáneamente con) la transformación de la realidad (González, 2015). Mientras que la construcción de la identidad conlleva todo lo

relativo a la descentración, es decir pasar desde la centración en sí mismo que enfatiza la independencia, a la integración con los demás y las relaciones de cooperación con el mundo. En pocas palabras, la construcción de la identidad implica la integración del sí mismo, en donde la persona entiende lo que le caracteriza y a la vez lo diferencia de los otros y la integración del mundo y del otro, como parte de su realidad (Sepúlveda, 2013).

Recapitulando, las construcciones sucesivas que se dan en el desarrollo conducen a la descentración y una mayor coordinación de relaciones consigo mismo y la realidad (Piaget, 1983). Estas construcciones, implican cognición y afecto, necesarios para los cambios que llevarán a la evolución de la persona. Cada movimiento evolutivo, ayuda a la diferenciación e integración del sujeto con los otros.

Según Capella y Sepúlveda (2010, p.2), los movimientos evolutivos son los siguientes:

- Desde el egocentrismo al descentramiento del sí mismo
- Desde la visión subjetiva a la construcción de una realidad objetivadora.
- Desde lo concreto hacia la abstracción.
- Desde la rigidez hacia la flexibilidad cognitiva.
- Desde el descontrol hacia el control de emociones e impulsos.
- Desde la dependencia hacia la autonomía (cooperación y reciprocidad en las relaciones interpersonales y respeto y responsabilidad con la sociedad).
- Diferenciación e integración de sí mismo.

Resulta relevante comprender los conceptos expuestos a la hora de planificar la psicoterapia. Entender a la persona como un ente particular y activo en su proceso de constante desarrollo permite planificar estrategias más idóneas para satisfacer su necesidad de equilibrio y adaptación (Puglisevich, 2014). Por ejemplo, determinar la rigidez o flexibilidad de la estructura de un paciente al llegar a consulta, permitirá vislumbrar de una manera más realista hasta qué punto pueden ser efectivas las intervenciones en una determinada etapa del desarrollo y/o para una persona inserta en un contexto particular, considerando la globalidad de su funcionamiento. Esto facilita un punto de partida, para avanzar de acuerdo a los significados que el consultante le ha dado a su realidad y su forma de desenvolverse en ella, de manera de actuar contingente y estratégicamente en sus problemáticas, orientando el tratamiento a potenciar los recursos evolutivos que ya tiene y ayudarlo a avanzar en su desarrollo, en un proceso creativo que considere en sus metas las necesidades e intereses del niño u adolescente (Ronen, 2003).

El resultado de integrar lo constructivista y lo evolutivo de una terapia, es seguir el curso natural del desarrollo de la personas, considerándolas activas en este proceso y en su psicoterapia. En este sentido, la labor del clínico constructivista evolutivo será favorecer el proceso de crecimiento del paciente, siendo a la vez, una guía para el descubrimiento de nuevas formas de significar la relación de sí mismo con el mundo (Sepúlveda, 2012).

Luego de dar una mirada a la teoría constructivista, se profundizará en lo evolutivo, es decir, en lo referente al desarrollo psicológico desde este enfoque, principalmente desde las teorías piagetanas y de otros autores afines.

El Desarrollo Psicológico desde el Constructivismo Evolutivo

En este capítulo se expondrán los autores y conceptos claves para comprender el desarrollo psicológico desde el enfoque constructivista evolutivo. Esto abarcará desde la definición misma de desarrollo hasta sus diferentes áreas y un acercamiento a cómo estas forman un todo integrado que permite observar al sujeto de manera holística, en interacción consigo mismo y los otros.

El desarrollo, según lo expuesto, es un proceso de complejidad creciente, en el que se irán integrando a la estructura de personalidad los aspectos críticos de las etapas previas, de una manera más articulada. Para que esto sea posible, deben ocurrir procesos de adquisición de funciones y contenidos, y también, fases en que estos conocimientos adquiridos, se fijarán de una manera más estable (Sepúlveda, 2013).

En el capítulo anterior se introdujeron los conceptos de invariantes del desarrollo (asimilación y acomodación), como aquellos mecanismos que deben ocurrir de manera permanente para que el desarrollo sea posible. Sin embargo, el desarrollo planteado como progreso implica la idea de un movimiento constante y este se da en las estructuras variables del desarrollo: los estadios o etapas del desarrollo psicológico (González, 2011).

Para Piaget (1981), el desarrollo tiene un carácter secuencial, en el cual las estructuras psicológicas se suceden en un orden constante, es a esta sucesión la que denomina como “estadios del desarrollo”. Cada etapa del desarrollo viene a ser el resultado de la anterior y el paso de una a otra no implica la desaparición de las estructuras previas, sino más bien, una integración constante de las mismas para llegar a conformar estructuras más amplias y complejas, que permitirán un mejor desenvolvimiento de la persona consigo misma y su entorno (González, 2015).

Ivey (1990), añade, que la persona se movería de manera relativamente sistemática por el desarrollo, es decir, que se espera que pueda establecerse sólidamente en un estadio del desarrollo antes de moverse al siguiente, así propuesto, se requeriría de dos movimientos evolutivos en distintas direcciones. El desarrollo vertical, implica avanzar hacia un nuevo estadio del desarrollo, mientras que por otro lado, el desarrollo horizontal implica la edificación de una base adecuada de la etapa en curso, antes de pasar a una nueva.

Desde las teorías del desarrollo cognitivo constructivistas neopiagetanas se plantea una percepción del desarrollo como un proceso en espiral, en el cual alcanzar estadios más elevados del desarrollo implica una repetición constante de ciclos, de modo que todas las etapas se entrelazan y persisten (Kegan, 1994). Esto quiere decir, que el movimiento no se da sólo hacia adelante, sino que todos los conocimientos adquiridos en etapas previas se encuentran disponibles y la persona puede transitar a lo largo de ellas y hacer uso de estrategias anteriores inclusive, en caso de situaciones críticas o altamente desestructurantes. Esto implica, organizar la realidad congruentemente a esa etapa, haciendo uso de estrategias que previamente fueron efectivas y que permitan responder a las contingencias hasta poder desplegar o desarrollar repertorios más elaborados o adecuados (Puglisevich, 2014).

Por su parte Ivey (1990), plantea un modelo esférico, en que el desarrollo puede ser entendido como ocurriendo simultáneamente de manera lineal (progresando hacia estructuras más amplias y complejas), cíclica y en espiral (volviendo sobre sí mismo, integrando nuevos conocimientos en base a los anteriores y coexistiendo con ellos). Al ser un modelo esférico, no se considera un nivel más “alto” que otro, dado que todas las dimensiones del desarrollo están activas de manera simultánea.

En esta línea, se podría plantear que la vida es un continuo movimiento hacia delante y atrás en que el desarrollo se recicla a sí mismo, dando como resultado un nuevo nivel evolutivo (Sepúlveda, 2012). Cada etapa del desarrollo, es un equilibrio que indica que tan diferenciada de su ambiente se encuentra una persona y a la vez, que tan incluida está en él (Sepúlveda, 2002).

Estructuras variables del desarrollo: las etapas del desarrollo de Piaget.

Piaget (1983), plantea la existencia de cuatro etapas del desarrollo, que implican tanto los aspectos cognitivos como afectivos, considerando además la dimensión individual y social de cada persona. Cabe mencionar que, como se explicó anteriormente, estas estructuras se entrelazan entre sí, siendo cada etapa preparada por la anterior e integrada a su vez, en la siguiente (González, 2011). La siguiente síntesis fue realizada desde “Seis estudios de psicología” de Piaget (1983), con aportes de algunos otros autores.

Etapasensoriomotora (0 – 2 años aproximadamente). Al comienzo de esta etapa no hay una diferenciación entre el yo y la realidad, pero finaliza con una construcción primitiva del universo objetivo. El niño experimenta el mundo por medio de la sensación y la acción, transitando por tres diferentes hitos, que dan su nombre a las subetapas: estadio de los reflejos, estadio de organización de reflejos y hábitos, y finalmente, estadio de la inteligencia sensoriomotriz. En estas etapas, las coordinaciones sensoriales y motrices como reflejos instintivos, se irán asimilando cíclicamente a través de la repetición, desarrollándose como hábitos que llegarán a conformar esquemas de acción, en los cuáles se irá asignando un objetivo a la acción total, dando origen a la actividad dirigida. De este modo, la inteligencia en esta etapa se considera como práctica, dado que aún no hay representaciones internas a las que se les pueda llamar pensamiento propiamente tal, siendo el lenguaje preverbal (Puglisevich, 2014).

Como procesos indivisibles, el desarrollo afectivo va a la par del desarrollo intelectual (Piaget, 1983), siguiendo una secuencia desde el egocentrismo integral en el que los reflejos afectivos (emociones primarias) están referidos a la experiencia individual, para luego ser asociados a la acción: agrado y desagrado; placer y dolor; nociones primarias de éxito y fracaso. En una etapa posterior, a medida que percepciones y acciones se van diferenciando e integrando, con la construcción de los objetos externos e independientes de la conciencia del sí mismo llegan a surgir los sentimientos referidos a otro, originándose las simpatías o antipatías (Sepúlveda, 2013).

En esta etapa comienzan a desarrollarse los primeros vínculos, los que brindarán la tonalidad afectiva básica del niño, de la que dependerá la calidad de la experiencia emotiva, el sentido del sí mismo y futura forma de relacionarse con los demás. Las separaciones tempranas en esta etapa pueden tener efectos posteriores considerables en el desarrollo (Guidano, 1994).

Etapadel pensamiento preoperatorio (2 – 7 años aproximadamente). En esta etapa se produce una progresiva interiorización del pensamiento, dando lugar a las primeras representaciones mentales y con ellas, al desarrollo de la función simbólica, es decir, la capacidad de sustituir un objeto por un signo o símbolo (González, 2011). El lenguaje se constituye como el vehículo del pensamiento, abriéndole al niño la posibilidad de interiorizar sus representaciones y a su vez poder comunicarse con otros. En esta etapa, es común ver al niño generando monólogos descriptivos de sus acciones y juegos.

Pese a presentarse las primeras conductas sociales, el pensamiento sigue siendo altamente egocentrado, es decir, que no integra otros puntos de vista, desarrollando un tipo de juego simbólico, el cual tiene la función de asimilar la realidad al yo sin generar una acomodación. Es decir, que pese a representar situaciones de la realidad, estas se crean a partir de sus necesidades o deseos. La coordinación con otros está, pero es mínima y siempre en función de sus fines.

Posteriormente, se desarrolla el pensamiento intuitivo, en el cual se establecen relaciones entre objetos o hechos en base a elementos perceptivos propios, no a reglas lógicas; la visión de la realidad sigue siendo subjetiva y estará fuertemente influenciada por lo que afectivamente sea más relevante para el niño. La intuición constituye la forma de entender la realidad en esta etapa, no es reversible y por ende se encuentra a un nivel prelógico.

El pensamiento intuitivo preoperatorio es mágico y no hay una clara diferenciación de la fantasía con la realidad, con características tales como el animismo, en donde se concibe lo inerte como vivo y dotado de intenciones (ej: nube enojada, sol feliz, etc); el artificialismo, donde todo lo existente es concebido como una creación humana; y el finalismo, donde el niño cree que existen explicaciones para todo (etapa de los “por qué”), sin poder comprender hechos fortuitos o inesperados (González, 2015).

Desde el desarrollo emocional ligado a lo intelectual, junto al desarrollo del yo y diferenciación de los padres puede aparecer oposición, ya sea como desobediencia, pataletas o rabietas. De la relación con los adultos se van desprendiendo intuitivamente los primeros sentimientos morales, a medida que las emociones y sentimientos interindividuales se van desarrollando. La moral en la primera infancia es heterónoma, es decir está supeditada a la voluntad de los padres o tiene un foco externo, se manifiesta como obediencia.

La expresión emocional es poco controlada, la autorregulación y adecuación social dependerá de cómo se van formando los vínculos y las relaciones de amor y respeto con los otros (Sepúlveda, 2013). Finalmente, en esta etapa se darían las primeras conductas empáticas, como un atisbo comprensivo —desde la lógica intuitiva— del estado mental del otro, siendo capaz de ofrecer algo para ayudarlo, pero como si se ayudara a sí mismo (ej: si percibe tristeza en otro, le ofrecerá algo que a él le ayudaría a enfrentar eso, como pasarle su oso favorito) (Hoffman, 1978 citado en Wenar, 1994).

Etapa de las operaciones concretas (7 – 12 años aproximadamente). El hito más importante de esta etapa, es la aparición de las operaciones, es decir, que con el desarrollo de la reversibilidad aparece la capacidad de pensar de manera lógica. El pensamiento se vuelve inductivo, es decir que se generarán conclusiones generales a partir de hechos particulares. La reflexión lógica permite al niño coordinar puntos de vista, entre individuos diferentes y percepciones o ideas de la misma persona, de este modo, empieza a superar el egocentrismo intelectual y social, en un progresivo proceso de descentramiento.

La visión subjetiva de la realidad evoluciona a una más objetiva y realista. El niño ya no sufre los elementos no percibidos desde la fantasía, va superando las creencias y mitos y comienza a exigir explicaciones realistas a las cosas; es capaz de enjuiciar la realidad, teniendo una actitud crítica frente a sí mismo y el mundo exterior en términos concretos, ya no tienen credulidad inmediata y comprenden el significado de la mentira. Esta actitud realista, se refleja en el dibujo, el cual intenta reflejar la realidad lo más fielmente posible en términos espaciales, dimensionales, uso del color, etc. Comprendiendo que existen reglas estables que gobiernan el mundo físico; así también, se refleja en la elección de juguetes lo más parecido posible a los objetos reales.

El poder tomar una posición crítica frente a sí mismo y los otros tiene directa influencia en el desarrollo de la autoestima, por medio de las valoraciones propias y de los demás, se desarrolla una toma de perspectiva social y en torno a eso también hay una mayor regulación emocional e integración del yo. El aumento de la coordinación social implica la aparición de la reciprocidad, el respeto mutuo, y otros sentimientos morales como la honradez y justicia, la cual se encontrará basada en la igualdad estricta para todos (distributiva), avanzando hacia un estado más retributivo, que considere la intencionalidad y circunstancias de los otros (propio de una moral autónoma). Todo esto se expresa en el desarrollo del juego de reglas.

Etapa de las operaciones formales (desde los 12 años aproximadamente). Las operaciones formales de la etapa anterior, se aplican a hipótesis, es decir que se avanza hacia un pensamiento deductivo, haciéndose posible el pensar en un objeto sin el objeto mismo, superando la realidad concreta y moviéndose sólo en las ideas. El

adolescente logra pensar en la relación de las relaciones e ideas abstractas, desarrollando una capacidad de meta-análisis (Puglisevich, 2014).

Se da un nuevo tipo de egocentrismo, esta vez de índole intelectual pero con una consciencia de sí mismo, en la cual hay una reflexión todopoderosa. El joven quiere cambiar el mundo en torno a sus ideas, de modo que la realidad debe ajustarse a sus sistemas y no a la inversa, por lo que se da un cierto tipo de desequilibrio en esta etapa el cual irá resolviéndose a medida que va comprendiendo que su función más que contradecir es anticiparse e interpretar la experiencia, pasando de la reflexión pasiva a la acción, realizando sus ideas dentro de un marco social determinado.

Surge una preocupación real por el desarrollo de una identidad congruente y autónoma y de darle un sentido a su existencia en el mundo, analizando y creando planes y metas personales desde una postura crítica con contenido concreto, afectivo, social y valórico, que lo incluye a él y los otros y una necesidad de ser incluido en el mundo. Los grupos de pares y el sentido de pertenencia son muy relevantes en esta etapa (Sepúlveda, 2013). El adolescente se prepara para insertarse en el mundo adulto por medio de su incursión en sistemas teóricos, creencias sociales, políticas, entre otras. En esta etapa se espera el logro de una autonomía moral, la cual dará trascendencia y estabilidad al sí mismo.

Organización integrada de las funciones psicológicas: cuadro del desarrollo psicológico según Sepúlveda.

Para entender el desarrollo psicológico infantil, Sepúlveda (1997) propone un modelo que integra este esquema básico piagetano con la organización clásica de Remplein (1974, citado en Sepúlveda, 2013), agrupando las funciones psicológicas en cognitivas (percepción, representación, memoria, fantasía, pensamiento y lenguaje), funciones afectivo-sociales y funciones morales, incluyendo en estas dos últimas: impulsos, emociones, sentimientos, toma de perspectiva, voluntad, sistema de valores y creencias, entre otros. Todas estas funciones se integran formando una conexión estructural indivisible entre sí, en la identidad personal y la organización de la personalidad (Puglisevich, 2014). Cabe destacar que las áreas del desarrollo (cognitiva, afectiva, social y moral), no son campos diferentes sino paralelos entre sí, complementándose o afectándose mutuamente a lo largo del desarrollo, por lo que esta división es tan sólo conceptual, permitiendo un acercamiento diferenciado a cada área a nivel teórico.

A continuación, se presentará en la Tabla 3 el cuadro de desarrollo que sintetiza lo anteriormente expuesto, para posteriormente, desarrollar por área, algunas teorías útiles para su comprensión y uso en la evaluación desde la psicoterapia constructivista evolutiva.

Tabla 3

Desarrollo psicológico

Desarrollo cognitivo	Desarrollo afectivo	Desarrollo social	Desarrollo moral
Percepción de la realidad: visión de mundo, visión de sí y visión del futuro.	Identificación y diferenciación de emociones.	Toma de perspectiva: Punto de vista del otro.	Conocer normas y reglas sociales.
Comprensión, Pensamiento, Conceptualización, memoria.	Necesidades, intereses, motivaciones.	Relaciones interpersonales.	Clarificar y jerarquizar conceptos de respeto, responsabilidad y justicia.
Iniciativa	Empatía y culpa.	Comunicación: escuchar, responder	Sistema de creencias y valores personales.
Forma de resolución y enfrentamiento de problemas en forma reflexiva o impulsiva.	Expresión de emociones (Rabia, pena, temor, alegría, tristeza, ansiedad).		
	Control de impulsos: autocontrol, capacidad de inhibir conductas, capacidad de tolerar frustraciones y límites impuestos por el ambiente.		

Identidad personal
Organización de personalidad

Nota. Recuperado de *Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes* (p. 118) por M.G. Sepúlveda, 2013. Santiago, Chile: Mediterraneo. Copyright 2013 Ed. Mediterraneo Ltda.

Desarrollo cognitivo.

El desarrollo cognitivo implica todos los procesos relacionados al pensamiento, memoria, conceptualización y todo lo necesario para percibir la realidad y relacionarse con otros. Tal como se mencionó con anterioridad, la separación por área es sólo teórica, dado que como se puede apreciar, todos los procesos están interrelacionados entre sí en el desarrollo humano. Desde el constructivismo evolutivo, esta área se evalúa en mayor parte desde las etapas del desarrollo del pensamiento de Piaget, descritas anteriormente en este capítulo. Sin embargo, respecto a la forma de resolución y enfrentamiento de problemas Selman y Schultz (1988) han propuesto una serie de etapas que son formas de pensar acerca de los problemas de interacción social, los cuáles se derivarían de comportamientos específicos y son análogas a las etapas del desarrollo moral de Kohlberg (1981), que se revisarán en este capítulo más adelante (Sepúlveda, 2012).

Siguiendo la tradición de Piaget (1983) y Kohlberg (1981), estas irían de menor a mayor nivel de complejidad cognitiva y de comprensión de los problemas de interacción, así como habilidad de coordinar distintos puntos de vista.

Estrategias de negociación interpersonal (Selman y Shultz, 1988).

Etapa 0. Impulsiva. Las estrategias son primitivas, se caracterizan por ser impulsivas, carentes de elaboración cognitiva alguna. La toma de perspectiva, entendida como la capacidad para coordinarse con otros, se encuentra ausente. En la acción esta etapa se expresa con agresiones físicas o verbales y la evitación (por ejemplo, término abrupto de la interacción social), las cuales tienen el fin de conseguir objetivos inmediatos y materiales (López, 2007).

Etapa 1. Unilateral. Hay consideración por la perspectiva del otro y reconocimiento del conflicto y efectos de este, sin embargo, las estrategias van enfocadas a la consecución de las necesidades y deseos personales, sin coordinarse con el otro. En la acción, esto se refleja por mandar asertivamente o la obediencia sumisa. Según Royo (2004), otras estrategias preferentes son el uso de imperativos (Ej: "¡Dámelos todos!") y represalias ("Si rompiste mi lápiz, romperé el tuyo").

Etapa 2. Autorreflexiva y recíproca. Hay consideración de la perspectiva del otro y un intento por negociar con la propia, pero esto es pragmático, es decir, que esta coordinación de perspectivas es un fin para conseguir los objetivos propios (ej: intercambio de favores). En esta etapa a diferencia de las anteriores, se ofrecen sugerencias, opiniones y promesas en vez de órdenes, de un modo respetuoso pero persuasivo.

Etapa 3. Colaborativa. Se encuentra en la adolescencia y en la vida adulta. En esta etapa se es capaz de considerar la situación conflictiva de manera objetiva (como un observador externo), coordinando el punto de vista propio con el del otro, esta vez, con el fin de mantener la continuidad de la relación; son soluciones factibles sólo aquellas que satisfacen a ambas partes. Esto se manifiesta en la acción a través de la conducta cooperativa, la cual implica compromiso, diálogo, procesos de análisis y el desarrollo de metas compartidas (Royo, 2004).

Desarrollo afectivo y social.

Esta área engloba todo lo respectivo a la forma en que las personas se desenvuelven a nivel socioemocional dentro de un contexto social compartido, se centra en las emociones, su identificación, diferenciación, expresión y regulación; en el control de impulsos, así como el reconocimiento de necesidades e intereses y las habilidades relacionadas a interactuar con otros, tales como empatía y toma de perspectiva (Sepúlveda & Capella, 2012).

El logro de la capacidad de regularse emocionalmente es relevante para el proceso de socialización, puesto que para integrarse en el mundo, las personas deben poder expresar sus emociones y conductas de forma adecuada a la situación, en cuanto a su intensidad, duración y capacidad de postergación de la gratificación o descarga inmediata, así como desarrollar tolerancia a la frustración (Southam-Gerow & Kendall, 2002). Este proceso implica el desarrollo de la empatía, el respeto por el otro y por sí mismo, y en especial, requiere del desarrollo de la toma de perspectiva social (Sepúlveda, 2012).

El modelo más completo al respecto es el de las etapas del desarrollo de la toma de perspectiva de Selman (1980) quien describe el proceso de adopción de perspectivas en cinco niveles que van evolucionando de forma secuencial a lo largo de la infancia y la adolescencia. Es decir que va de una menor a mayor capacidad de coordinación de puntos de vista, facilitando las relaciones de cooperación y la comunicación efectiva con otros.

Etapas del desarrollo de la toma de perspectiva (Selman, 1980).

Nivel 0. Toma de perspectiva egocéntrica (3-6 años). Pese a que reconoce emociones no es capaz de comprender las relaciones de causalidad que existen entre distintas acciones. No se da cuenta de que los otros pueden ver las cosas de forma diferente, por lo que confunde su propia perspectiva con la de otras personas.

Nivel 1. Toma de perspectiva subjetiva (6-8 años). El niño reconoce la existencia de perspectivas personales subjetivas, es decir, que entiende que el otro puede ver las cosas de forma diferente a él, sin embargo, cree que su punto de vista es el más válido, por lo que su posición es la predominante en los conflictos.

Nivel 2. Toma de perspectiva autorreflexiva (8-10 años). El niño puede reflexionar sobre sus propios pensamientos y sentimientos y así también anticiparse a los de los otros, pero aún así no logra coordinar ambas perspectivas, sino que estas existen sucesivamente (mutualidad simultánea), por ende aún es una perspectiva individualista.

Nivel 3. Toma de perspectiva mutua (10-12 años). En este estadio se logra coordinar simultáneamente dos posicionamientos logrando formular una idea que contenga los intereses de ambas partes. Se es consciente de que ambos participantes de la interacción social pueden tomar una tercera perspectiva, la de un observador imparcial.

Nivel 4. Toma de perspectiva social simbólica (12-15 años). La coordinación de puntos de vista mutua se complejiza situándose en el marco social, incorporando normas y valores morales en la toma de decisiones.

Etapas del desarrollo de la empatía (Hoffman, 1982, 1987).

Como se puede apreciar en el desarrollo de la toma de perspectiva, está involucrado el considerar, entender y respetar a los otros y a sí mismo. La empatía implica el poder posicionarse desde el cómo se sienten los demás, originando conductas altruistas de ayuda y compañerismo. Hoffman (1982, 1987) propone las siguientes etapas:

Infancia temprana (lactancia). No hay empatía propiamente tal, el niño es constantemente estimulado por el ambiente, contagiándose del contenido del mismo (ej: llorar si otro bebé empieza a llorar). Las experiencias emocionales de desagrado y dolor de otros pueden confundirse con las propias.

Después del primer año. El niño está consciente de que es otra persona y no él mismo, quien sufre. Aún así, es incapaz de separar sus sentimientos de los del otro, asumiendo que ambos sienten y resuelven igual. Se observa un interés remoto por los demás, intentando aliviar su displacer (que percibe como una extensión del propio), pero siempre desde su propia perspectiva (Ej: si un dulce le hace sentir mejor a él, le ofrecerá uno al otro niño triste).

A los dos años y medio. El niño/a se vuelve consciente de que los demás tienen sentimientos distintos a los propios y responderá de manera no egocéntrica, intentando dar algo que ayude, como por ejemplo un abrazo al otro niño triste.

Segunda infancia o edad escolar. El niño/a entiende los sentimientos de los otros como expresiones de situaciones y experiencias generales, produciéndose un altruismo básico que puede llevarle a comprometerse en tareas de ayuda con grupos sociales.

Al final de la segunda infancia. Las interpretaciones de las reacciones emocionales de los demás, se hacen basadas en su experiencia y no en la propia. Surge la conducta altruista genuina sin expectativas de recompensa inmediata. Esto coincide con el logro de una toma de perspectiva social mutua, en la que se es capaz de coordinar el punto de vista propio con el del otro.

El modo de relacionarse con los otros, cómo se expresan las emociones a lo largo del desarrollo, tiene directa relación con el aprendizaje socioemocional entregado por las primeras personas con las que los niños se relacionan en su vida, su familia directa.

Estructuración del ambiente: apego y socialización.

Otro aspecto importante para evaluar a niños y adolescentes desde este enfoque es la estructuración del ambiente, cuyo estudio nos permitirá comprender cómo se entrega el afecto en las relaciones interpersonales y cómo se estructura el vínculo afectivo (Sepúlveda 2013). La existencia de regularidades en el ambiente es esencial para la equilibración, dado que si estas desaparecen, el medio deja de ser estable y difícilmente se puede asimilar; los esquemas de la persona no logran acomodarse a una realidad excesivamente cambiante (Piaget, 1990). Ejemplificando, si no hay regularidad en los patrones de apego y acogida en una familia, el niño difícilmente podrá asimilar alguno, generándose un estado de desequilibrio en su desarrollo.

Existen tres tipos de estructuraciones del medio ambiente: a) el débilmente estructurado, cuya ausencia de regularidad causa un desequilibrio constante, al impedir el desarrollo de construcciones que resuelvan los desequilibrios; b) el rígido, cuya sobre-estabilidad da lugar a construcciones limitadas, y finalmente; c) el flexible, el cual genera desequilibrios,

pero ofrece también las condiciones necesarias para la reequilibración, de modo que las perturbaciones dan lugar a nuevas construcciones (Lautray, 1985). Cada sistema familiar y social tiene sus propias reglas explícitas e implícitas (Ej: reglas de comportamiento, orden, rutinas, etc.) que tendrán distintos grados de regularidad.

La estructuración del ambiente y sus efectos en el desarrollo infantil y adolescente pueden observarse en la evaluación del vínculo afectivo (apego) y el proceso de socialización (instauración y adquisición de normas), ambos influirán todas las esferas del desarrollo, incluyendo el área moral, que se describirá inmediatamente después de ambos apartados.

Desarrollo del vínculo afectivo o apego.

El apego se define como el vínculo afectivo, de naturaleza social, que genera el niño con su madre, padres o cuidadores en el primer año de vida (Bowlby, 1980 citado en López, 2006). Este vínculo influirá en las conductas de exploración, las cuales serán más favorables en cuanto más seguro y protegido se sienta el niño. Guidano (1994), señala que la calidad del vínculo afectivo familiar es la que dará una tonalidad afectiva básica en el niño de la cual dependerá la calidad de su experiencia emotiva, el sentido de sí mismo, la seguridad con la que se enfrentará a la realidad y el modo de relacionarse con los otros, es decir, que es esencial para construir la identidad personal. Es por esto que algunos autores señalan que los trastornos de la infancia se darían por la pérdida o ausencia del vínculo afectivo seguro (Guidano & Liotti, 1983).

La teoría más relevante en esta área es la teoría del Apego de Bowlby (1993), la cual postula que producto de la manera de vincularnos con las figuras cercanas más significativas en la primera infancia desarrollamos “estilos de apego” caracterizados por una forma relativamente estable de “vincularse, sentir y pensar”, que será transversal al modo de relacionarse de las personas (López, Etchebarria, Fuentes & Ortiz, 1999; Thompson, 1998). Respecto a los estilos que pueden establecerse, la mayoría de los teóricos en el tema parecen coincidir en la existencia de un apego seguro y otros inseguros, basados en los grados de confianza/desconfianza, seguridad/ansiedad/, intimidad/evitación de la intimidad (López, 2006).

Apego Seguro. Se establece cuando una madre/cuidador es sensible, consistente y eficiente en satisfacer las necesidades del niño, permitiendo una relación de afecto y confianza valorada positivamente, en la que se percibe estabilidad, lo que favorece el

desarrollo de una autoimagen positiva que beneficia las conductas exploratorias y brinda seguridad respecto al éxito frente a los nuevos desafíos del ambiente (Bowlby, 1993).

Apego inseguro resistente o ambivalente. La madre/cuidador es sobreprotectora e invasiva, sobrereacciona a la demanda del niño generando una imagen poco realista de sí mismo. Los niños sufren de desconfianza, necesidad de aprobación y preocupación por las relaciones. Así también, este tipo de apego ha sido relacionado con pasividad y dependencia e impulsividad y dificultades con los pares (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 2015).

Apego evitativo. La madre/cuidador es distante o rabiosa, por lo que el niño adquiere un patrón de evitación e inhibición. Estas personas desarrollan desconfianza y miedo a la intimidad, concediendo una importancia secundaria a los afectos (López, 2006). Se ha relacionado con aislamiento social y conductas hostiles y antisociales (Ainsworth et al., 2015).

Apego desorganizado. La madre o cuidador es altamente inconsistente, con conductas de rechazo y descuido generando respuestas ambivalentes en el niño, tales como desconsuelo desmedido en presencia y ausencia de la madre y acercamiento con afecto depresivo. Desarrollan miedo a la intimidad y un alto nivel de preocupación por las relaciones a la vez (Brennan, Clark & Shaver, 1998; Main & Solomon, 1990). Ha sido señalado como el patrón de apego más perturbador para el desarrollo del niño, pudiendo desembocar en patologías graves (Sepúlveda, 2013).

Cabe mencionar que el apego es un sistema complejo que interactúa con otros sistemas y por ende, no es el único responsable de la conducta del sujeto. También, y si bien hay debates en torno a la estabilidad o posibilidad de cambio del mismo, las posturas más actuales o “revisionistas” señalan que el sistema de apego puede cambiar, dado que las representaciones, sentimientos y conductas están en continua actividad a lo largo del desarrollo y que las condiciones ambientales (y su regularidad o aleatoriedad) son de suma importancia para esto (Fraley, 2002).

Proceso de socialización.

El proceso de socialización consiste en la adquisición de normas, valores y significantes sociales por parte del niño desde su vínculo con los padres o adultos significativos. En este proceso también destaca el rol del temperamento del niño, el cual consiste en un estilo básico de comportamiento que refleja características innatas. Thomas, Chess y Birch (citados en Rutter, 1980) detectaron tres estilos de temperamento: fácil, de adaptación lenta y difícil, de los cuales el último suele ser el más persistente, aunque se ha visto que es susceptible a cambiar con un estilo de crianza adecuado. Para favorecer un desarrollo normal de la personalidad debe darse una adaptación entre el temperamento del bebé y el estilo de los padres (Thomas & Chess, 1977 citados en Hoffman, Paris & Hall, 1995).

Hay dos variables esenciales en el estudio de las prácticas de socialización: el grado de aceptación (o rechazo), entendida como la medida en que el niño es validado y aceptado en su particularidad como persona; y el tipo de control (o autonomía) con el que los padres orientan en relación a las normas sociales (Baumrind, 1971; Maccoby & Martin, 1983). Para que se dé un ambiente que no tienda a ninguno de los extremos (desestructurado o rígido), es necesario que exista un equilibrio entre el control que ejercen los padres y la autonomía brindada al niño, para que este explore la realidad de manera segura e independiente y posteriormente, pueda actuar en ella con libertad y responsabilidad (Sepúlveda, 2013). Según Lewis (1981, citado en Darling & Steinberg, 1993) para esto es necesario que la comunicación sea bidireccional, abriendo la posibilidad a reglas consensuadas. A continuación se presentará una breve sistematización de los cuatro estilos de socialización que se derivan de estas teorías, adaptado por la autora desde Sepúlveda (2013) con aportes de Torío, Peña y Rodríguez (2009).

Tabla 4*Estilos de socialización*

Estilo	Disciplina	Relación con el niño	Método de disciplina	Efectos en el niño
Democrático	<ul style="list-style-type: none"> - Firme. - Explica y exige reglas. - Respeto y responsabilidad mutuos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Afecto manifiesto. - Considerado con necesidades de hijo. - Comunicación bidireccional. - Reglas consensuadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inductiva: explicar, razonar. - Analizar consecuencias lógicas de la conducta. 	Amistoso, activo, creativo, espontáneo, autoregulado, con iniciativa, adaptado, alta autoestima, autoconcepto realista. Responsable, moral autónoma, prosociabilidad, orientado a rendir. Escasos conflictos padres-hijos.
Autoritario	<ul style="list-style-type: none"> - Firme - Controlador y exigente - Sobreprotector - Responsabiliza a niño. 	<ul style="list-style-type: none"> - Poco afectuoso y considerado. - No explica reglas, las impone. - Comunicación unilateral 	<ul style="list-style-type: none"> - Castigo físico y/o privación. - Amenazas. - Rechazo afectivo. - Culpabiliza. 	Dependiente, poco creativo, escasa iniciativa y competencia social. Dominante, agresivo e impulsivo. Moral heterónoma (evitación de castigos). Orientado al logro y obtención de recompensa. Problemas conductuales.
Permisivo indulgente	<ul style="list-style-type: none"> - Pasivo - No controla ni exige. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consideración relativa de necesidades. - Comunicación ineficaz - Reglas laxas o inexistentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitación del conflicto. - Minimizar o ignorar la falta. - Tolera, no sanciona. 	Baja competencia social y motivación. Autoestima y autoconcepto negativo, inseguridad, Inestabilidad emocional. Pobre auto y heterocontrol. Escaso respeto a normas y personas. Bajos logros escolares.
Permisivo negligente	<ul style="list-style-type: none"> - Pasivo desinteresado. - No controla ni exige. - Responsabiliza externamente (colegio, otros) 	<ul style="list-style-type: none"> - Negligente con necesidades - Escasa involucración, apoyo y afecto. - Comunicación ineficaz. - Escasas reglas o inexistentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desestructurado - Indiferente al conflicto - Tolera faltas. - No orienta. 	Escasa competencia social y control de impulsos, agresividad. Baja motivación y capacidad de esfuerzo. Problemas conductuales.

Desarrollo moral.

A lo largo del desarrollo, con el fin de alcanzar las metas de diferenciación e integración con los otros, las personas van pasando por un progresivo proceso de descentramiento que abrirá la posibilidad de establecer relaciones de cooperación. Estas son un elemento central para el desarrollo humano y la supervivencia de la especie, pues permiten la inclusión del sujeto al sistema de manera regulada actuando como miembro de un grupo

social. Es decir, subordinando impulsos, necesidades e intereses a disciplinas autónomas y libremente construidas, que le permitan convivir con otros y perseguir fines que trasciendan a la necesidad personal. Piaget (1983) plantea que el desarrollo moral cumple entonces, la función de controlar y estructurar el desarrollo social y afectivo en organizaciones de equilibrio superior, cuya meta es alcanzar una organización autónoma de reglas y valores. Este autor describe dos etapas en el desarrollo moral, las cuáles son contrapuestas entre sí, sintetizadas por Puglisevich (2014, p.26):

Moral heterónoma: Es impuesta desde el exterior, como un sistema de reglas obligatorias. Tiene carácter coercitivo y es la fuente del deber. Se basa en el principio de autoridad, el respeto unilateral y las relaciones de presión. La noción de justicia se basa primero en la obediencia a la autoridad y la evitación del castigo.

Moral autónoma: Surge del propio individuo como un conjunto de principios de justicia. Se basa en el principio de igualdad, el respeto mutuo y las relaciones de cooperación, constituye una forma de equilibrio límite en las relaciones sociales siendo el resultado de una decisión libre y racional.

Etapas del desarrollo moral de Kohlberg (1981).

Kohlberg (1981), basado en la teoría moral piagetana aporta especificando los niveles del desarrollo más allá de la adolescencia, señalando que, a mayor autonomía habrá más consistencia entre moral y conducta. Este autor enfatiza el desarrollo moral como parte esencial del ámbito social, considerando como básicos para el desarrollo social los procesos cognitivos y de toma de perspectiva, en cuanto a lo esencial que es poder estructurar un “yo” que sea capaz de contemplar a los otros como a uno mismo, entendiendo que el otro conoce y responde en un sistema de expectativas complementarias.

Basándose al igual que Piaget, en los principios de igualdad y justicia, el logro de una toma de decisión autónoma sin influencia de fuentes de poder externo e incorporando las concepciones de toma de perspectiva de Selman (1980) descritas anteriormente, las etapas del desarrollo moral de Kohlberg (1981) a grandes rasgos son las siguientes:

Nivel preconvencional. La obediencia no necesita una razón, la conducta está regida por el miedo irracional al castigo (para evitarlo). Lo correcto será lo que satisface las necesidades propias y ocasionalmente, las de otros a medida que va entendiendo que este tiene necesidades como él. Al comienzo, la perspectiva propia se confunde con la de

la autoridad, logrando situarse a un nivel individualista concreto al final de esta etapa, orientándose al intercambio y reciprocidad.

Nivel convencional. El bien se define en torno a la conformidad y el mantenimiento de las reglas y expectativas de los demás. Motivación interna por ser una buena persona y cuidar de otros. La acción se motiva por la aprobación y la opinión social general, la lealtad a las personas y a los grupos, y el bienestar de los individuos y de la sociedad. Toma de perspectiva mutua entre sujetos y adquiere el punto de vista del sistema que pone las normas y roles.

Nivel post-convencional. El deber se define en términos de contrato, evitando daños a otros y en pos del bien de la mayoría. El bien se fundamenta sobre los derechos humanos universales, valores que la sociedad y el individuo deben mantener. Se considera que cuando la ley protege los derechos humanos existe el deber moral de cumplirla, pero si va contra ellos es permitido incumplirla. Las razones para seguir las reglas son: el contrato social, o compromiso general que se tiene por el hecho de vivir en sociedad, y de mantener y respetar los derechos de los demás. La perspectiva social va más allá de la sociedad, construyendo principios superiores a ella.

Organización de la identidad personal.

La identidad personal es un proceso activo de construcción de la estructura personal, que da un sentido de mismidad y continuidad al yo en el tiempo. Todos los procesos psicológicos cognitivos, afectivos sociales y morales confluyen en ella organizándose a través de un movimiento evolutivo en espiral (Ivey, 1990).

La meta del desarrollo humano es la construcción de una identidad personal autónoma y solidaria, por la cual se dará un reconocimiento del sí mismo y el otro, que se incorpora como parte del sí mismo (Sepúlveda, 2001). Este proceso implica necesariamente la integración social, partiendo desde los vínculos afectivos primarios hasta la toma de conciencia de la realidad compartida con otros, donde los demás son tan relevantes como uno mismo y con los cuales se puede formar parte y aportar al mundo en el que existimos.

Sepúlveda (2001, 2006, 2008) ha sistematizado la organización de la identidad en tres procesos:

Unidad del sí mismo. Implica el proceso de diferenciación personal, a nivel psicológico, corporal y sexual, así como un conocimiento de las características y valores personales y conciencia de las limitaciones inherentes a lo humano. Este proceso de reconocimiento de sí como único y diferente, implica a su vez el reconocimiento del otro como semejante a uno mismo, respecto a su dignidad y libertad. Mediante el descentramiento del sí mismo, la persona tomará consciencia de las acciones propias tanto para sí como para los demás, mediante el reconocimiento de la reciprocidad en las relaciones y el respeto por la libertad personal y la del otro, desembocando en la cooperación social.

Integración del sí mismo. Es la tarea de acomodación de la historia vital para poder establecer una continuidad del sí mismo, requiere integrar el pasado, presente y futuro, así como el aspecto familiar, social y educacional. Las contradicciones de la vida se van aceptando y organizando de forma significativa. Los roles de pertenencia se van integrando desde una perspectiva histórica, a la vez que por medio de nuevas vinculaciones se van descubriendo y ampliando los intereses y experiencias, esto será esencial para dar consistencia a la unidad del sí mismo en el tiempo.

Integración con los otros. Es un proceso de definición consciente de sí mismo, que se da mediante la búsqueda de alternativas de acción y reconocimiento de otros a través de la integración a grupos de reflexión en diversos ámbitos (social, político, etc.), lo cual abre la posibilidad de poner la identidad al servicio de otros en la realidad. Esto implica a su vez un criterio de acomodación de sus deseos a la realidad, según la posibilidad de realizarlos. En este proceso la persona puede enfrentarse con tres fuentes de frustraciones: los límites propios de la existencia humana; los límites desde el otro, que demanda responsabilidad e igualdad; y las limitaciones desde las normas y valores propios de formar parte de una comunidad.

Organización de la personalidad.

Desde este enfoque, la organización de la personalidad es concebida como un continuo que va desde lo normal, entendido como una organización en equilibrio estable; hasta lo psicopatológico, en donde hay un desequilibrio duradero: a mayor desequilibrio, menos adaptación de la persona a la realidad. Las estructuras de personalidad se caracterizan de acuerdo a la rigidez o flexibilidad de los procesos de asimilación y acomodación, cuyo

funcionamiento en equilibrio es esencial para lograr la adaptación y permite la estructuración del desarrollo psíquico en cada etapa evolutiva de las personas (Sepúlveda, 2013).

Kernberg, Weiner y Bardenstein (2002), describen cuatro tipos de estructura de personalidad, según la forma de organización de los aspectos cognitivos y afectivos, la representación del sí mismo y las representaciones internas de las relaciones con otros, así como la reflexión de sí mismo y empatía, esta organización se presentará desde la adaptación realizada a Caponni (2006) desde Sepúlveda (2013).

Tabla 5

Psicopatología y estructura de la personalidad

Normal	Neurótico	Limítrofe	Psicótico
Flexible, abstracto	Menor flexibilidad, concreto	Mayor rigidez, concreto	Rígido, concreto
Reflexivo	Menos reflexivo	Impulsivo	Impulsivo
Examen adecuado de realidad	Compromiso en la apreciación de la realidad	Sentido de realidad alterado	Trastorno del juicio de realidad
Visión del mundo realista	Depresiva Ansiosa Fóbica Obsesiva	Negativa: Depresiva Nihilista Narcisística Histérica	Negativa, distorsionada
Autocontrol de impulsos y emociones	Excesivo control, con descontroles ocasionales	Bajo control. Alto nivel de angustia.	Pérdida del control. Angustia desorganizada.
Relaciones interpersonales satisfactorias	Relaciones interpersonales parcialmente satisfactorias	Relaciones interpersonales insatisfactorias	Relaciones interpersonales insatisfactorias
Autonomía	Dependiente	Dependiente en exceso	Simbiotizado
Sí mismo integrado: necesidades, intereses, valores, metas.	Integración de sí mismo defectuosa, dependiente, evitador, ambivalente.	Integración de sí mismo deficiente, alterada.	Desintegración del sí mismo.
Autonomía moral	Autonomía moral parcial	Falta de autonomía moral	Falta de autonomía moral
Identidad personal positiva e integrada	Identidad confusa	Identidad sobrevalorada o desvalorizada	Identidad desestructurada

Nota. Recuperado de *Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes* (p. 183) por M.G. Sepúlveda, 2013. Santiago, Chile: Mediterraneo. Copyright 2013 Ed. Mediterraneo Ltda.

La importancia de conocer a cabalidad las características del desarrollo psicológico reside en los alcances que las intervenciones clínicas escogidas tendrán en cada paciente. Esto dependerá directamente de que tan bien el clínico haya podido comprender el funcionamiento y forma de significar la realidad del niño u adolescente que atiende. Mientras más acabado sea el análisis, muy probablemente, las estrategias de intervención serán más específicas a cada caso y más pertinentes e integrativas en cuanto al fenómeno a tratar. De este modo, se busca poder lograr cambios significativos que no sólo beneficien al paciente y el entorno en el cuál se desenvuelve, sino también, que le hagan sentido y que favorezcan su crecimiento hacia estados más elevados del desarrollo, logrando un equilibrio consigo mismo y con la realidad (Sepúlveda, 2013).

Si bien cada caso debe ser analizado en su particularidad, desde la psicopatología evolutiva y la evidencia, podemos acercarnos a una comprensión del cómo se podrían llegar a constituir ciertos tipos de trastornos y cómo serían sus manifestaciones particulares, basándonos en los elementos del desarrollo que se encuentran desviados de su curso normal. En los capítulos siguientes, se profundizará en torno a los conceptos esenciales de la psicopatología evolutiva, para luego, reuniendo todos los elementos teóricos descritos en esta investigación, entregar un análisis comprensivo del trastorno de conducta de inicio infantil.

Psicopatología Evolutiva

Un elemento esencial antes de analizar a cabalidad un fenómeno de salud mental es posicionarse desde un marco referencial teórico respecto de lo que se entiende por psicopatología. En este capítulo se describirán los conceptos principales de la psicopatología evolutiva, es decir, de cómo se clasifican las diferentes formas en que el desarrollo podría verse afectado, considerando variables como la duración, la gravedad, el contexto en el que emergen, entre otros.

La psicopatología desde lo evolutivo se comprende como un desvío del curso normal del desarrollo, el que se produce al no lograr un equilibrio en la interacción con el medio, lo cual se puede traducir en dificultades o el no logro de las metas evolutivas esperadas en cada etapa del desarrollo (Wenar, 1994). Es decir, que la psicopatología evolutiva se entiende como el estado de permanente desequilibrio de los procesos centrales del desarrollo psicológico, en el cuál la persona desplegaría un patrón de conducta que no responde de manera satisfactoria a sus necesidades ni las demandas del ambiente, causando desadaptación (Rychlack, 1988).

Desde el constructivismo evolutivo, el desequilibrio se daría cuando los estímulos son muy perturbadores, siendo demasiado contradictorios a los esquemas afectivos y cognitivos previos, por lo que no lograrían integrarse al sistema de conocimientos, o bien, porque en estas estructuras previas hay déficits que causan dificultades para comprenderlos (Sepúlveda, 2012). Regularmente, estas alteraciones comienzan como problemas esperables del desarrollo que persisten por un tiempo mayor de lo esperado o incrementan, aumentando a su vez el grado de desajuste, por lo que un elemento central para estimar si las conductas observadas constituyen psicopatología es el enfoque del desarrollo, el cuál implica comprender cómo se adapta cada persona particularmente, respecto a los elementos normativos esperados de la etapa del desarrollo en la que se encuentre y a la vez, cómo se relacionan estos aspectos con la adaptación previamente lograda y los cambios ambientales (Sroufe & Rutter, 1984).

Rogers y Kegan (1991) plantean que en el proceso psicopatológico el sí mismo organiza las experiencias de forma inestable y poco coherente, de modo que la persona no logra una continuidad en el significado de su experiencia subjetiva y por ende, no consigue diferenciarse ni incluirse en el mundo con los otros.

El comportamiento adaptativo será entendido como aquel por el cual se logra un equilibrio duradero a través de las acciones, generando estrategias que respondan tanto a uno mismo como al ambiente físico y social (Sepúlveda & Capella, 2012). Desde las teorías piagetianas, una persona adaptada es aquella que se acepta a sí misma, con voluntad de acomodarse, manteniendo una visión realista de la vida (Rychlack, 1988).

Criterios psicopatológicos.

Recogiendo los aportes de Piaget (1983), Rychlack (1988) propone tres criterios para evaluar la presencia de psicopatología, los cuales pueden presentarse también de manera simultánea:

Desequilibrio como un estado permanente. Como se mencionó en capítulos anteriores, los movimientos invariantes de asimilación y acomodación son esenciales para el desarrollo, cuando estos ocurren de manera desbalanceada puede llegar a producirse un desequilibrio permanente en las estructuras psíquicas (cognitivas, sociales, afectivas y morales), generándose patrones de comportamientos disfuncionales que perduran y fracasan en la satisfacción de necesidades de la persona.

Por ende el equilibrio de estos procesos es esencial para la adaptación, de modo que no exista rigidización ni flexibilización de las estructuras. La excesiva asimilación podría llevar a un aumento de la fantasía y egocentrismo. Mientras que una sobre acomodación, podría causar labilidad afectiva, con una personalidad inestable y cambiante que estará constantemente intentando estructurarse desde lo externo.

Fijación. Ocurre cuando estructuras cognitivas y afectivas quedan fijadas rígidamente en estadios previos del desarrollo, dificultando el ajuste cognitivo, afectivo, social y moral de la persona al impedir la descentración, proceso esencial para lograr la coordinación e integración con otros en relaciones interpersonales satisfactorias. La persona podría interpretar la realidad desde un punto de vista egocéntrico, con esquemas estrechos e incompletos que limitan su comprensión de la realidad, asimilándola de forma distorsionada.

Criterio de realidad. La adquisición de una imagen de sí mismo realista es esencial para la adaptación, dado que una imagen infravalorada o sobrevalorada del sí mismo llevará a asimilaciones distorsionadas y desajustes de diverso tipo, con esquemas afectivos poco coherentes. Esto ocurre cuando la persona tiene dificultades o fracasa en

acomodarse a los variados aspectos de la existencia, reprimiendo sus aspectos no asimilables y negando la realidad; es decir que sólo acepta aquello que no le causa contradicción y que le agrada afectivamente.

En estos casos la imagen representada del sí mismo puede ser discordante a las características reales y a lo exteriorizado, produciéndose un evidente desajuste al rendir en la realidad. Al respecto, Rogers y Kegan (1991) destacan el conocimiento del sí mismo con un elemento central en el desarrollo, señalando que los elementos no conscientes de sí son los que podrían llegar a caracterizar la psicopatología.

Tipos de psicopatología.

En relación a los criterios recién descritos, podemos identificar diferentes tipos de desequilibrios, según su duración e intensidad (Mises, 1990; Grupo de Avance de la Psiquiatría, 1979; OMS, 1992, citados en Sepúlveda & Capella, 2012, p. 43):

Variaciones normales del desarrollo: Se presenta una conducta que está dentro de lo esperado según la etapa del desarrollo del niño u adolescente. Si es que ésta se prolonga en el tiempo o aumenta su intensidad, podría resultar en psicopatología.

Cuadros reactivos: Existe una situación ambiental estresante específica que desborda la capacidad de enfrentamiento del niño.

Trastornos: La psicopatología implica un desequilibrio duradero, conformándose un cuadro que abarca diferentes áreas del desarrollo psicológico o a su globalidad.

Como se mencionaba anteriormente, desde el enfoque constructivista evolutivo es esencial en el momento de diagnosticar considerar cómo se van desarrollando las funciones psíquicas en su interacción con el medio sociocultural, dado que el proceso del desarrollo implica un vínculo crucial entre los aspectos genéticos o ambientales, los cuales podrían facilitar la formación de psicopatología, considerando a la vez, como el niño u adolescente regula su comportamiento en relación a las circunstancias presentes (desafíos vitales de cada etapa, por ejemplo el inicio de la etapa escolar) y como se ha estructurado el ambiente a lo largo de su desarrollo (Rutter, 1980).

Para esto resulta relevante observar los movimientos evolutivos y diferenciar con todos los antecedentes y el comportamiento actual caracterizado, el tipo de psicopatología que

presenta el niño u adolescente, diferenciándolo de comportamientos esperados para su edad o de comportamientos proclives a desaparecer por la adaptación propia del sujeto, como por ejemplo problemas transitorios del desarrollo en el paso de una etapa a otra (Wenar, 1994). Es importante recordar que la expresión de los trastornos dependerá del nivel del desarrollo en el que se encuentra la persona, dándose diversas expresiones de la sintomatología que puede ir desde lo somático en las primeras etapas, pasando por alteraciones en las funciones instrumentales (cognición, lenguaje, psicomotricidad), las expresiones conductuales, hasta llegar a las expresiones intrapsíquicas en etapas posteriores (Mazet & Houzel, 1981 citados en Sepúlveda, 2013).

Como ya se adelantaba desde el capítulo anterior, todo lo anteriormente expuesto, ayudará al psicólogo a saber desde dónde posicionarse y cómo intervenir, de manera terapéutica y también preventiva, utilizando estrategias pertinentes para el momento evolutivo del niño u adolescente y que favorezcan la reequilibración consigo mismo y el ambiente.

Marco Metodológico

Esta memoria corresponde a una investigación teórica descriptiva y analítica. El método de investigación se centra en la recopilación de información a modo de revisión narrativa y crítica de fuentes bibliográficas en español y en inglés. Una revisión narrativa corresponde a una investigación amplia de tipo secundaria, es decir, basada en investigaciones primarias ya sea en formato artículo o libro, apropiada para describir y discutir el desarrollo de un determinado asunto desde un punto de vista teórico o contextual (Aguilera, 2014). Este tipo de investigación teórica, tiene la función de entregar conocimiento actualizado sobre una temática específica en un determinado espacio de tiempo, por lo que cumplen un papel fundamental para la educación continua (Rother, 2007).

Estrategia de Búsqueda y Justificación de las Fuentes Bibliográficas

Considerando que el tema de investigación se centró específicamente en el trastorno de conducta de inicio infantil, se utilizaron las siguientes palabras claves para dicha búsqueda: “conduct disorder” o “antisocial behavior” junto a “childhood onset type” y “life-course-persistent”. Dado que también es objeto de este estudio analizar los tratamientos e intervenciones más estudiadas para este trastorno a nivel nacional e internacional, se usaron también las siguientes palabras en la búsqueda bibliográfica: “developmental taxonomy” e “interventions”.

Los tipos de fuentes utilizadas fueron:

(a) Libros. Principalmente se usaron para abordar la teoría constructivista evolutiva y la psicopatología, con autores como Kegan (1982, 1986, 1994), Piaget (1971, 1981, 1983, 1990), Sepúlveda (1997, 2001, 2002, 2006, 2008, 2012, 2013), Ivey (1990), Wenar (1994), González (2011, 2015) entre otros, para el primer tema y Rychlack (1988), Rutter (1980), Almonte (2012), Wenar (1994) y Capponi (2006) para el segundo.

(b) Tesis. Se utilizaron en su mayoría aquellas que trataran patologías desde un análisis constructivista evolutivo y que incluyesen en dicho análisis el estado del arte de los tratamientos para la patología estudiada. También se consideraron aquellas que

entregasen una revisión actualizada del trastorno de conducta, desde otras teorías que consideran los factores contextuales además de los intrapsíquicos o genéticos. Las tesis utilizadas fueron recopiladas en su mayoría desde el Repositorio Académico de la Universidad de Chile.

(c) Manuales diagnósticos. Con el fin de entregar los criterios diagnósticos universales, se incluyeron los dos manuales actualmente más utilizados en los centros clínicos, el Manual diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría en su quinta versión (DSM-V) y la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades (CIE-10).

(d) Sitios web. Este tipo de fuente se utilizó en menor medida. El sitio más usado en específico fue *Blueprints for healthy youth development*, el cuál reúne las estrategias preventivas y de intervención basadas en la evidencia más prometedoras y estudiadas para la salud infanto-juvenil, como guía para determinar la validez de los tratamientos o intervenciones encontradas para el trastorno estudiado (Blueprints, 2012).

(e) Artículos de revistas especializadas. Fue el tipo de fuente más utilizada, tanto en su contenido como sus referencias, para la búsqueda de otros artículos pertinentes. Estos fueron seleccionados de bases de datos científicas y los autores escogidos fueron los más relevantes en la investigación del trastorno de conducta y que entregaban además una perspectiva del desarrollo, tales como: Moffit (1993, 2003, 2006), Frick (2001, 2006), Pardini (2003, 2007), Kazdin (1985, 1992, 1995, 1997, 2010), White (2008), Viding (2009), Boxer (2008), entre otros, considerando en especial trabajos recopilatorios de sus investigaciones en la última década, realizados por los mismos autores. También se seleccionaron artículos de investigación cuantitativos y cualitativos, acerca de tratamientos e intervenciones que hubiesen sido ampliamente replicados y se encontrasen validados por el sello *Blueprints*.

(f) Bases de datos. Fueron utilizadas para la búsqueda general de literatura especializada, entre las cuales se incluyen: Google Scholar, PubMed, ProQuest, APA PsycNET, Scielo, Springer, Dialnet, entre otras. Se consideraron preferentemente las publicaciones comprendidas entre 1980 al 2016.

Etapas del Proceso de Investigación

Cómo se mencionaba anteriormente, se llevó a cabo un análisis teórico integrado en base a revisiones narrativas, tanto del trastorno de conducta y en específico de inicio en la infancia, como de las intervenciones más estudiadas con las que se ha abordado. Este proceso tuvo la siguiente secuencia:

(a) Se abordó qué se entiende por trastorno de conducta actualmente; primero desde los criterios diagnósticos de los manuales más utilizados y posteriormente, desde la investigación encontrada en artículos y bases de datos, usando el primer grupo de palabras clave: “conduct disorder” o “antisocial behavior” junto a “childhood onset type” y “life-course-persistent”. De modo que, la definición amplia fue afinándose hacia el trastorno de conducta de inicio infantil y sus subtipos.

(b) Desde los artículos de investigación encontrados en el proceso de definición y descripción del trastorno de conducta y por medio de bases de datos, fueron recopilándose artículos referentes a tratamientos, partiendo por revisiones sistemáticas que recopilaran las intervenciones más utilizadas y que fuesen realizadas por autores reconocidos en el ámbito de estudio. Para esto se utilizó una segunda combinación de palabras claves: “conduct disorder” o “antisocial behavior” junto a “developmental taxonomy” e “interventions”.

Las intervenciones encontradas fueron buscadas en el sitio blueprints y se consideró sólo aquellas basadas en la evidencia y que han sido replicadas en otras investigaciones por al menos una década. Una vez acotadas estas estrategias, se buscó antecedentes del abordaje clínico del trastorno de conducta y antecedentes de aplicación de los tratamientos encontrados, en Chile.

(c) Posteriormente, se realizó una integración exhaustiva de la teoría constructivista evolutiva, partiendo por la definición del enfoque, para luego describir el desarrollo psicológico y posteriormente, cómo se entiende la psicopatología desde esta teoría.

(d) Integrando todo lo expuesto en el marco teórico, se realizó un análisis comprensivo del trastorno de conducta de inicio infantil desde el enfoque constructivista evolutivo y un análisis crítico a sus tratamientos más estudiados.

(e) Finalmente, se procedió a estructurar la información recopilada de la manera recién descrita, para entregarla al lector de la manera más lógica y clara posible.

Mediante estos análisis se intentó dar respuesta a las preguntas planteadas, con el fin de elaborar conclusiones o sugerencias de tipo teórica y/o aplicada. La investigación presentada tiene un carácter exploratorio-explicativo, dado que es un tema que se ha abordado escasamente, encontrándose pocas investigaciones especializadas en trastorno de conducta en el país y a nivel internacional, muy pocas investigaciones que aborden tratamientos para este trastorno desde el enfoque constructivista.

Resultados

Trastorno de Conducta de Inicio Infantil: Desarrollo y Psicopatología Desde el Constructivismo Evolutivo

En base a la teoría expuesta en los capítulos anteriores, se abordará un análisis comprensivo de las características del trastorno de conducta de inicio infantil agregando aspectos teóricos desde el constructivismo evolutivo, basada en estudios que caracterizan a este subtipo desde una mirada del desarrollo. Dicho análisis se presentará por área sólo con un fin de separación conceptual, dado que como se ha explicado anteriormente todas las áreas están interrelacionadas entre sí (Sepúlveda, 2013).

Desarrollo cognitivo.

Desde las etapas del desarrollo del pensamiento planteadas por Piaget (1983), los niños con trastorno de conducta de inicio infantil se mantendrían fijados en etapas previas del desarrollo con elementos de pensamiento preoperatorio e inclusive sensoriomotriz, donde predomina el egocentrismo, sin lograr integrar los puntos de vista de otros. La realidad se construye de manera muy subjetiva basada principalmente en esquemas perceptivos muy básicos, por sobre reglas lógicas, sociales o morales. Esta sería percibida de manera tan inestable e imprevisible que resultaría hostil y coartadora, siendo la única manera de enfrentarse a ella por medio de ciclos rápidos de acción que conlleven resultados inmediatos, de modo que sólo tendría validez para ellos lo que ocurre de manera puntual y concreta, sin generar mayores reflexiones o aprendizajes posteriores al momento en el que el hecho ocurrió (García, 2008). Por lo anterior, se consideran como características primordiales de este trastorno, la inmediatez y la impulsividad, que impedirían analizar las discrepancias entre lo que han anticipado de una situación y el resultado final, de modo que no logran reorganizar su experiencia de manera más adaptativa, generándose una rigidización de las estructuras cognitivas (Sepúlveda, 2013).

Estudios longitudinales de Rutter, Giller y Hagell (1998) y de Stattin y Klackenberglarsson (1993) muestran un rol independiente del coeficiente intelectual (CI) en la presencia de conductas disruptivas, particularmente en relación con los trastornos de conducta de inicio temprano, encontrándose que un bajo CI en preescolares se correlaciona con conductas antisociales posteriores. Esta relación se mantiene aún al

controlar las variables que podrían disminuir el rendimiento en las pruebas de inteligencia, tales como motivación para participar en estudios (Lynam, Moffitt & Stouthamer-Loeber, 1993) y baja escolaridad o deserción (Maguin & Loeber, 1996). Al respecto, se ha encontrado un desempeño descendido en las escalas de inteligencia verbal, mostrando déficit en los procesos relacionados al desarrollo del lenguaje (Frick, 2006).

Las deficiencias en el desarrollo del lenguaje tales como la capacidad de simbolización afectan el desarrollo en múltiples áreas, tales como la atención, el desarrollo de significados y la estabilidad de las imágenes internas (Contini de González, 2006), incidiendo directamente en la capacidad de autorregulación del niño, al no poder integrar adecuadamente su experiencia ni imágenes estables de la realidad o de los otros, dificultándose el desarrollo de adecuadas habilidades para integrarse en el mundo (Rey Anacona, 2010; Urazán, 2011). Desde Santoestefano (1991), se podría entender que la coordinación cognitiva o forma de utilizar el lenguaje simbólico en los niños y adolescentes que despliegan un repertorio agresivo constante pertenecería a una orientación cognitiva interna, donde hay inflexibilidad de los significados construidos en la realidad psíquica propia, con escasa o ninguna integración desde otras personas u objetos como símbolos construidos. Según este autor, en la conducta agresiva repetitiva habría un desarrollo incompleto del proceso de simbolización del lenguaje.

En los trastornos de conducta de inicio infantil, la agresividad y conducta antisocial suelen ser más persistentes y graves. Como se ha mencionado en capítulos anteriores, ambos subtipos presentan distintos tipos de agresividad, para el TC1 con rasgos DIA se ha encontrado tendencia a la agresividad mixta y sobre todo proactiva, esta última caracterizada por ser planificada e instrumental (Raine et al., 2006). Mientras que para el TC1 sin rasgos DIA se ha encontrado una tendencia a la agresividad reactiva emocional (Frick et al., 2003). Ambas formas de agresividad se relacionan con formas de significación socio-cognitiva distorsionadas, es decir, formas alteradas de procesar la información social que reciben ante situaciones ambiguas (Justicia et al., 2006), las cuales son distintas en cada trayectoria del desarrollo de estos subtipos.

Para el subtipo con rasgos de dureza e insensibilidad afectiva, se da una valoración positiva de la agresividad como medio para obtener gratificación inmediata a las necesidades personales, tendencia propia de la fijación en estados primitivos de egocentrismo de los TC y en este caso, con una visión instrumentalizada de los otros, agudizada por una capacidad empática y de toma de perspectiva disminuida. Según De la

Barra (2007) no se trataría de una falla generalizada de la interpretación de las claves sociales, sino que escogerían soluciones agresivas ante los desafíos sociales, debido a que consideran que la agresividad tiene pocas consecuencias negativas y muchos beneficios concretos, sobreestimando además, sus propias capacidades sociales, académicas y conductuales. Esto, también sería congruente con los hallazgos que relacionan este subtipo con un estilo de respuesta orientado a la recompensa (Carreño & Valenzuela, 2008).

Por otro lado, la distorsión socio-cognitiva para el segundo subgrupo de TC1 sin rasgos DIA, se caracteriza como una atribución de hostilidad a las intenciones de los otros (Frick et al., 2003), por lo que la respuesta agresiva resulta como un repertorio impulsivo para defenderse de lo que ellos consideran una amenaza constante (García & Orellana, 2011). En estos casos no obstante, hay una mayor consciencia del otro y del causar daño, sin embargo no lograrían desplegarse mecanismos de regulación conductual debido a la acusada dificultad en la regulación emocional (Frick & Viding, 2009).

Asociado a esto y desde las teorías de resolución de problemas (Selman & Shultz, 1988), encontramos a estos niños y adolescentes desplegando estrategias de negociación interpersonal impulsivas y unilaterales. Al haber una toma de perspectiva disminuida o ausente, las estrategias se orientarán a la consecución de las necesidades y deseos de manera impulsiva, sin mayor racionalización del conflicto o intención de negociar. Tienden, entonces, a responder al conflicto con agresividad física o verbal o con evitación (término abrupto de la interacción social). Esto ocurriría según Justicia et al. (2006), debido a la creencia de que tal modo de actuar tiene más éxito para resolver los conflictos interpersonales, al producir beneficios más tangibles, concretos e inmediatos.

Desarrollo afectivo y social.

Respecto al área afectiva y social tenemos diferencias sustanciales en los subtipos dentro del trastorno de conducta de inicio infantil, dependiendo de la presencia o ausencia de rasgos de dureza e insensibilidad afectiva. Frick (2001), los diferencia desde esta perspectiva como: TC1 endurecido emocionalmente y TC1 primariamente impulsivo. En el caso del TC1 con rasgos DIA, el autor lo asocia a un temperamento (con influencias genéticas) con poca inhibición del comportamiento, escasa temeridad y alta búsqueda de sensaciones, el cual interferiría en el desarrollo de los componentes afectivos de la consciencia e internalización de normas. Mientras que para el TC1 primordialmente

impulsivo (sin rasgos DIA), señala que los bajos puntajes en la escala verbal están correlacionados mayormente a este subtipo, asociándolo con la influencia de los déficit verbales a problemas en la atención (altas tasas de comorbilidad con TDAH) y con los altos niveles de desregulación emocional de estos niños.

Respecto al desarrollo de la empatía y la culpa, los investigadores han observado en los niños y/o adolescentes con TC1 con rasgos DIA (endurecido emocionalmente) dificultades para percibir las emociones negativas o disfóricas en los demás, teniendo así escasa activación empática (Frick & White, 2008). Además, presentarían una reactividad emocional disminuida a la provocación o interpelación por parte de otros (Pitts, 1997), lo que podría tener relación con la escasa importancia de las perspectivas externas a la propia en su vivenciar. A su vez, todo lo anterior también incidiría en la ausencia de culpa, la que tendería a ser exteriorizada hacia los otros (Almonte, 2012; APA, 2013; Molinuevo, 2014) debido a un desarrollo empobrecido de la consciencia y auto-observación, así como dificultades en la toma de perspectiva, empatía e interiorización de normas y valores (Kochanska et al., 2002).

Desde su forma particular de interpretar el mundo, las agresiones se verían como un medio válido para obtener lo que desean y creen que merecen de la realidad, de modo que si perciben que los otros se oponen o están en medio, la culpa sería de ellos por entrometerse (García, 2008). De esta manera, los niños y adolescentes con el subtipo endurecido emocionalmente tenderían a preocuparse de los efectos de su conducta sólo en sí mismos, centrándose únicamente en sus intereses y necesidades dejando de lado las emociones y necesidades del otro, viendo todo lo externo sólo como un medio para su gratificación inmediata. Por este motivo, podrían ser vistos como fríos, superficiales e indiferentes (Molinuevo, 2014).

Por su parte, el subtipo sin rasgos de dureza e insensibilidad afectiva (impulsivo) ha reportado angustia, consciencia de daño y sentimientos de culpa referente a las consecuencias de sus actos sobre los otros, por lo que sus dificultades en el desarrollo de la empatía y la culpa serían menores que en el TC1 con rasgos DIA (Pardini et al., 2003). No obstante, dado su estilo inmediato y dado a la acción, los sentimientos, incluyendo los de culpa, no tendrían una continuidad en el tiempo, serían sólo momentáneos aunque intensos (Sepúlveda, 2013), por lo que no resultarían un obstáculo para perseverar en las conductas desviadas o dañinas.

Otra habilidad que desempeña una función muy relevante en las interacciones sociales al facilitar la anticipación de los pensamientos de las otras personas, es la capacidad de asumir diferentes perspectivas, como ponerse en el lugar del otro. Mediante esta anticipación, las interacciones sociales se vuelven más predecibles y estables al permitir que cada persona planifique sus acciones a partir del conocimiento inferido de la otra persona (Kelly, 1955).

Usando como referencia el marco conceptual de Selman (1980), podríamos situar a estos niños en estadios muy primitivos de la toma de perspectiva social, encontrándose probablemente en una etapa egocéntrica, donde no existe la coordinación con otros propiamente tal, al menos en el caso del grupo endurecido emocionalmente. Dicho de otro modo, para estos niños, la única manera de predecir al otro es suponiendo que son como uno mismo, aplicándole a los demás su propio sistema de construcción de la realidad (Winter, 2003). Por otro lado, podría situarse al segundo subgrupo impulsivo en el estadio inmediatamente consecutivo, de toma de perspectiva subjetiva, donde si bien hay una percepción del otro como individuo distinto, con su propio sentir y necesidades, las necesidades propias aún seguirían estando por sobre todo, siendo más válidas y predominantes en los conflictos, visto así, finalmente no se integraría la perspectiva de otros (Sepúlveda & Capella, 2012).

Respecto a la regulación emocional, ambos subtipos presentan un comportamiento extrovertido, desinhibido e impulsivo, pero de diferentes formas. En el subgrupo con rasgos DIA se observan bajos niveles de neuroticismo, miedo y ansiedad, siendo más tendiente a la búsqueda de sensaciones (Carreño & Valenzuela, 2008). Mientras que su contraparte sin endurecimiento emocional, mostraría altos niveles de ansiedad, escasa regulación emocional, índices muy elevados de impulsividad y estallidos de ira (Pardini, Lochman & Powell, 2007). Frick y Morris (2004) definen este último subtipo como temperamentalmente sobre-reactivo y con escasa tolerancia a la frustración, siendo proclive a las conductas violentas impulsivas (agresividad reactiva).

Finalmente, los niños con trastorno de conducta y en especial los del subtipo infantil presentarían déficits importantes en todas las características propias del desarrollo socio-afectivo. El logro de la capacidad de regulación emocional, control de los impulsos, empatía y toma de perspectiva, así como la integración y desarrollo de normas, responsabilidades y valores, son indispensables para el proceso de socialización y para

poder desenvolverse de manera adaptativa en los diversos contextos de su vida (Southam-Gerow & Kendall, 2002). Así, estos niños tendrían dificultades para generar un vínculo estable o íntimo con los demás, al no ser capaces de prever sus reacciones ni profundizar en el conocimiento del otro, generando finalmente, interacciones inmediatas, rápidas y puntuales (García, 2008), por lo que cambiarían de amistades o círculos sociales frecuentemente (Frick et al., 2000).

Todas las habilidades socioafectivas estarían fijadas en formas primitivas egocéntricas rigidizadas que difícilmente ven o integran al otro, el cual aparece o como objeto de gratificación o descarga, sin poder actuar de manera coordinada e integrada en sus relaciones con los demás y fracasando en la diferenciación e integración personal y el logro de la cooperación social, generando así, los reconocidos repertorios conductuales y consecuencias sociales asociados a este trastorno (Sepúlveda & Capella, 2012).

Estructuración del ambiente.

Desarrollo del vínculo afectivo o apego.

Desde sus inicios la teoría del apego ha intentado explicar los procesos del desarrollo de la Psicopatología, desde el impacto y los efectos de las experiencias de separación y de pérdida de figuras de apego (Bowlby, 1973, 1980). Sin embargo, la investigación empírica del desarrollo sobre este tema se origina con Ainsworth y sus colaboradores (1978), quienes describen distintos patrones de apego (Soares & Dias, 2007). Al respecto de la conducta antisocial y criminal, ha sido sistemáticamente asociada a vínculos de tipo inseguro (Allen, Hauser & Borman-Spurrell, 1996).

En diversas investigaciones los trastornos de conducta han puntuado para un tipo de apego inseguro evitativo y el inseguro desorganizado (Ainsworth et al., 1978; Lyons-Ruth, 1996; Sibcy, 2001). Pese a que no existen investigaciones específicas del desarrollo del vínculo en los subtipos del trastorno de conducta, se intentará hacer un análisis comprensivo integrando los elementos expuestos anteriormente a lo largo de este trabajo teórico.

El apego inseguro evitativo, el cual ha aparecido frecuentemente en niños con conductas hostiles, de aislamiento y antisociales (Ainsworth et al., 1978), se caracteriza por un patrón de evitación e inhibición de las conductas de vinculación, asociado a miedo y desconfianza a la intimidad por lo que los afectos son desplazados y/o anulados y no

ocupan un lugar importante en la vida de la persona (López, 2006). Esta descripción resulta coherente con el TC1 con rasgos DIA, tomando en cuenta lo impredecibles que le resultan los otros y lo hostil que se percibe la realidad por ese motivo. Así, entender a los otros resulta demasiado trabajoso y construir y sostener una relación interpersonal profunda de manera paulatina no entregaría la gratificación inmediata ni la sensación de inmediatez bajo las cuales funciona su mundo, por ende, pasar de intentarlo resulta de hecho, ser una estrategia inmediata y con un resultado predecible, accediendo a los demás de manera puntual, superficial y en este caso, a menudo utilitaria.

Por otra parte, según Main (1996), los niños con apego evitativo presentarían una conducta restrictiva de la verbalización de la rabia y sensación de malestar, manifestándolas, como se ha revisado anteriormente, de manera conductual por medio de ciclos de acción agresiva, en los cuales no hay estrategias comunicativas efectivas ni mucho menos, de resolución de conflictos (Justicia et al. ,2006). Esto último, resulta también coherente para el subtipo impulsivo o trastorno de conducta de inicio infantil sin rasgos DIA.

Centrándose ahora en el subtipo sin rasgos DIA, si bien podría aplicar también dentro del apego inseguro evitativo, si se toman en cuenta los altos niveles de ansiedad que se observan en este subgrupo, la sensación de culpa posterior al acto de descarga violenta impulsiva o luego de la percepción de daño a los otros, también podrían aplicar dentro de la otra categoría mencionada por los investigadores; el apego desorganizado. En este tipo de apego, se ha descrito miedo a la intimidad y un alto nivel de preocupación por las relaciones a la vez, por ende, presentan las ya descritas conductas de evitación de la intimidad, pero con altos montos de ansiedad (Brennan, Clark & Shaver, 1998; Main & Solomon, 1990). Lo cual resulta coherente con las asociaciones socio-cognitivas erróneas de atribución de hostilidad a los demás, por las cuales se puede inferir que —a diferencia del subtipo endurecido emocionalmente— el otro no le es indiferente, sino que le resulta impredecible e incomprensible, percibiéndolo como una amenaza y/o con intenciones de perjudicar la consecución de los intereses propios, en los cuales se encuentra crónicamente fijado de manera egocéntrica. Al igual que en el otro subtipo endurecido afectivamente, resulta poco práctico invertir recursos personales en establecer y mantener relaciones interpersonales profundas, sin embargo, en este caso sí habría un nivel de ansiedad y sufrimiento respecto del resultado de las interacciones sociales.

Consecuentemente, el desarrollo de los distintos tipos de apego está ligado a las figuras primarias de cuidado y la forma en que estas se relacionan con el niño. Así, en el caso del apego inseguro evitativo, la madre o cuidador sería distante y/o rabioso, generando rechazo y evitación (Ainsworth et al., 1978), mientras que en el caso del tipo desorganizado la madre o cuidador sería altamente inconsistente, con conductas de rechazo y descuido, generando respuestas ambivalentes y extrañas en el niño (Main & Solomon, 1990).

Proceso de socialización.

Las figuras cuidadoras primarias, además de constituir la experiencia moldeadora para la forma de relacionarse con otros por medio del desarrollo del vínculo, también aportan en un proceso posterior de suma importancia para la integración, que se va dando a medida que el niño va creciendo. Por medio del proceso de socialización, se van entregando las pautas relacionadas al estar en el mundo con otros. Así, existirían distintos estilos de socialización para clasificar el modo en que padres e hijos se van relacionando en torno a normas, valores y comportamientos.

Diversos estudios han establecido correlación entre los estilos parentales y la conducta agresiva en niños y adolescentes. En estos estilos parentales, predominaría una disciplina severa y educación coercitiva, junto con ausencia de calidez emocional (Jiménez, 2009). Frick y Ellis (1999) encontraron que el trastorno de conducta de inicio infantil (ambos subtipos incluidos, de forma indiferenciada), se asociaba más frecuentemente con la presencia de autoritarismo en el estilo parental, junto a la falta de coherencia en la aplicación de disciplina. Desde la teoría de los estilos parentales, aplicarían dentro de las características mencionadas, los estilos autoritario (Patterson, 1982, 2002) y permisivo indulgente (Torío, Peña & Rodríguez, 2009), con los cuales se procederá a realizar el análisis respectivo asociado al TC1.

En el caso de los padres o cuidadores primarios que ejercen un estilo autoritario, estos se caracterizarían por ser controladores, exigentes e intransigentes, tendiendo a imponer la reglas sin desplegar estrategias de negociación o comunicación con sus hijos y estableciendo una estructuración del ambiente rígida que impediría al niño el aprender a regularse a sí mismo, coartando su exploración de la realidad y potenciando sus dificultades para controlar sus emociones, tales como la rabia (Jiménez, 2009). Así, los significados construidos se verían limitados, generándose esquemas rígidos, tal como se

observa en el caso de los niños con trastorno de conducta de inicio en la infancia, en general (TC1).

Respecto al aspecto emocional estos cuidadores suelen ser fríos y castigadores, no satisfacen las necesidades emocionales y externalizan la culpa a los niños, estableciendo repertorios no-verbales de resolución de problemas por medio del castigo físico, amenazas y privación, generando dependencia, escasa creatividad y por imitación, conductas agresivas e impulsivas en sus hijos, quienes acaban replicando el mismo patrón conductual y de resolución de problemas de sus padres (Bandura, 1989; Patterson, Reid & Dishion, 1992). Además, estos niños generarían una activa evitación del castigo y escasa capacidad para visualizar la responsabilidad en sus propios actos, con un estilo motivacional orientado a lo externo, basado en la obtención de recompensas, presentando problemas conductuales y de adaptación en la interacción con otros (Sepúlveda, 2013).

Retomando lo expuesto en el apartado anterior, la actitud rabiosa e intransigente de estos cuidadores y la escasa entrega de afecto, resulta coherente con la formación de apego de tipo inseguro evitativo en los niños con el subtipo de TC1 endurecido emocionalmente, aportando a generar el reconocido patrón de incapacidad para involucrarse en las relaciones a un nivel profundo y constante, restándole importancia al aspecto afectivo, tan poco conocido por ellos.

Como se describía al inicio de este apartado, existe un segundo estilo parental que ha sido asociado al desarrollo del trastorno de conducta de inicio infantil, se trata del estilo permisivo indulgente (Villar, Luengo, Gómez & Romero, 2003), el cual se ha caracterizado por tener un involucramiento medio pero deficiente a nivel emocional, respondiendo ineficazmente a las necesidades de sus hijos. Esto implicaría que los cuidadores serían poco coherentes a nivel disciplinario, con reglas laxas y respuestas poco constantes a las conductas inadecuadas de sus hijos, las cuales fomentarían la desobediencia y el poco respeto con las normas y los demás. Así, el niño desde sus primeros años de vida no logra predecir la conducta de sus cuidadores quienes son altamente inconsistentes, con actitudes emocionales de aceptación y rechazo, y un establecimiento de límites escaso, generando las actitudes evitativas y ansiosas que se podrían encontrar en el TC1 sin rasgos DIA, por ejemplo, con un estilo de apego desorganizado (Main & Solomon, 1990).

Dado todo lo anteriormente expuesto, los niños con trastorno de conducta de inicio en la infancia, presentarían serias dificultades en el establecimiento de límites, con influencias del estilo de crianza parental. En el primer caso (TC1 con DIA), por una transgresión personal constante e invasiva de los límites por parte de los cuidadores (Furman & Giberson, 1995), que resultaría en un escaso conocimiento de la conducta adaptada en cuanto a sí mismo y con los demás. En el otro caso (TC1 sin DIA), porque los límites nunca fueron delineados, o si lo fueron, nunca de manera consistente (Heaven, Newbury & Mak, 2004), además de reforzar negativamente las conductas desviadas (por ejemplo, devolviendo algo que tomó de una tienda sin pagar, ante una rabieta o llanto explosivo) (Kazdin & Rogers, 1985), lo cual deriva en una escasa tolerancia a la frustración cuando perciben que están siendo limitados por el ambiente (Sepúlveda, 2013).

Cabe destacar, que para que se dé un determinado estilo de socialización también influye el temperamento del niño (Thomas, Chess & Birch, citados en Rutter, 1980). En el caso del TC1, un temperamento difícil, caracterizado por rigidez, persistencia en las conductas disruptivas y extraversión (Miller-Lewis et al., 2006), sería un factor que colaboraría en el mantenimiento de formas de socialización autoritarias, en un intento de los padres por mantener el control sobre sus hijos (Jiménez, 2009).

Finalmente, si bien en este capítulo se ofrecen probables asociaciones entre los distintos tipos de apego, estilos de socialización y los subtipos del TC1 estas no son determinantes. Esta última mención apunta a que se debe tomar en cuenta siempre que ninguna trayectoria es completamente igual a otra y que deben considerarse otros factores socializantes, tales como el acceso a la educación, grupos de pertenencia, entre otros, que por extensión no pueden tratarse más profundamente en este apartado.

Desarrollo moral.

De las cuatro subdivisiones principales del desarrollo presentadas por Sepúlveda (1997), el desarrollo moral viene a cumplir la función de estructurar y controlar el desarrollo social y afectivo, descrito anteriormente. Así, las normas y valores se encuentran a la base de todas las relaciones sociales asociándose a su vez con los aspectos afectivos que están indisolublemente unidos a los cognitivos, por lo que el desarrollo moral estaría íntimamente ligado a cómo se integra a otro, al desarrollo de la empatía, la toma de perspectiva y para una expresión adecuada de sí mismo en el mundo (Piaget, 1983).

Entendido desde las teorías piagetanas a la base del constructivismo evolutivo, los niños con TC1 permanecerían fijados en etapas previas del desarrollo donde prima el egocentrismo, primando sus necesidades y sin incorporar al otro en su construcción de identidad (Kegan, 1986). De esta manera, se mantienen en etapas heterónomas del desarrollo moral, basadas en un principio de autoridad, el respeto unilateral y las relaciones de presión. Las reglas son obligatorias e impuestas desde afuera, ya sea por los padres, las autoridades u otros agentes socializantes (Díaz- Aguado & Medrano, 1994). Complementariamente desde Kohlberg (1981), estos niños y jóvenes permanecerían en etapas de desarrollo moral pre-convencionales, donde lo correcto será lo que satisface las necesidades personales, por ende, las acciones se planifican en torno a ese objetivo, sin conciencia alguna de su responsabilidad en las consecuencias de las mismas sobre otros, ni los derechos de estos.

Así también, la conducta se estructura para la gratificación pero también para la evitación del castigo, no aceptarían la autoridad impuesta y utilizarían mecanismos como la mentira y la externalización de la culpa. No obstante, esto podría suceder de diferentes maneras en los dos subtipos del TC1. En el subtipo endurecido emocionalmente se ha encontrado insensibilidad a los castigos (Pardini, Lochman & Frick, 2003), con conductas más transgresoras y violentas que el subgrupo sin rasgos DIA, que como se ha revisado tiende a la violencia reactiva y a presentar ápices momentáneos de culpa.

Por lo tanto, al no haber una emocionalidad estable y al depender los sentimientos de la reacción del otro, a menudo con asociaciones socio-cognitivas erradas, no se logra construir un mundo interpersonal, no hay proyección de valores ni internalización de normas, ni menos una proyección a futuro en términos colaborativos con los otros (Kegan, 1986). Por lo que, para poder superar esta etapa y desequilibrio en el que se encuentran los niños con TC1, se debe promover la descentración y el avance a etapas superiores del desarrollo, por medio de ambientes protectores firmes que promuevan la internalización de valores y principios, enseñando a planificar las acciones más allá de lo inmediato, previendo además sus consecuencias. Como a la vez, darles la oportunidad de ser reconocidos e incluidos socialmente, otorgándoles la oportunidad de comprometerse con propósitos que le parezcan justos y necesarios, a un nivel de acción concreto, que es la manera en la que entienden el mundo (Sepúlveda, 2013).

Organización de la identidad.

Finalmente, la división del desarrollo entregada por Sepúlveda nos entrega un apartado transversal a las cuatro áreas ya descritas, dispuesto en horizontal en la Tabla 3, justamente de forma de señalar que es el proceso en el que confluyen todos los aspectos del desarrollo: la organización de la identidad.

Las metas del desarrollo humano, apuntan esencialmente a la construcción de una identidad personal autónoma y solidaria, es esta la que brindará un sentido de mismidad y continuidad al yo en el tiempo en reconocimiento e integración con sí mismo y con los otros (Sepúlveda, 2001). Todos los procesos psicológicos cognitivos, afectivos sociales y morales confluyen en ella, por lo que a continuación se procederá a analizar teóricamente cómo se construye el proceso identitario en los niños y jóvenes que presentan un trastorno de conducta de inicio en la infancia.

Unidad del sí mismo. Al permanecer en estados de egocentrismo, los niños con trastorno de conducta de inicio infantil no logran configurar imágenes estables del sí mismo y de los demás (Contini de González, 2006), ni diferenciarse, confundiendo su perspectiva con la de los otros, sin diferenciar los límites interpersonales y atribuyéndoles a los demás sus mismos deseos e intenciones, a menudo hostiles o instrumentales, según sea el caso. Tienen dificultades en la concientización de las consecuencias de sus actos, tanto para consigo como para el resto y carecen del conocimiento de la reciprocidad en las relaciones con otros (Puglisevich, 2014), sufriendo así de una grave desadaptación a nivel social y moral. Todo lo anterior, se relaciona con la escasa capacidad de autoexploración de estos niños (Justicia et al. ,2006), quienes están volcados hacia lo externo, evitando contactarse con sus pensamientos, emociones y sentimientos, los cuales son temporales, preservando así esquemas cognitivos de etapas previas del desarrollo y fracasando en el reconocimiento del sí mismo.

Integración del sí mismo. En estos niños, hay dificultades en la integración de los acontecimientos vitales, incorporados a menudo de manera sesgada, subjetiva y sumamente rígida con escasa capacidad para acomodar estos sucesos para darle continuidad a su historia y modificar su conducta. Tendrían dificultades para integrar sus aspectos negativos, asimilando sólo los que consideran positivos y no son proclives de causarles contradicción (Rychlak, 1988). Externalizando de esta forma, las culpas y moviendo sus responsabilidades hacia el resto (Almonte, 2012; Kohlberg, 1981;

Molinuevo, 2014), en un intento de mantener la estabilidad interna. De este modo, no logran integrar o internalizar normas sociales ni desarrollar valores personales, permaneciendo en etapas muy básicas del desarrollo moral (Sepúlveda, 2013), perseverando por tanto, en comportamientos erráticos que les ofrezcan la gratificación inmediata que necesitan para mantener su mundo estable o con sentido.

Integración con los otros. Estos niños y adolescentes no acomodan sus deseos a la realidad, sino que buscan de manera activa y desadaptada acomodar la realidad a sus necesidades (Piaget, 1983), sin postergarse ni respetar a los otros y a menudo sin planificar, salvo sea en términos concretos y con recompensas claras (por ejemplo, planificación de actos delictivos). Por lo tanto, fracasa en la integración con los otros y a menudo no logra establecer relaciones estables o constructivas dado su acusada dificultad de integrar a alguien en su construcción identitaria dándole el mismo valor o poseyendo los mismos derechos que sí mismo y sin cosificarlo (Kegan, 1986). Se mueven en busca de la valoración personal por y para sí mismo (Sepúlveda & Capella, 2012), dado que al no diferenciar su perspectiva de los demás, probablemente tiendan a la idea de que los otros tampoco lo valoran o consideran de verdad. No lograrían entonces, definirse de manera consciente ni poner su identidad o a sí mismo a disposición de los demás ni los requerimientos del ambiente, por el cual se sentiría constantemente coartado, enfrentándose de manera ineficaz a los límites del mismo y las expectativas de los demás.

Criterios psicopatológicos y organización de la personalidad.

Entendiendo la personalidad como un continuo desde lo normal a los psicopatológico en términos de equilibrio y como la estructura que agrupa todas las características del desarrollo, se procederá a analizar el trastorno de conducta de inicio en la infancia desde los criterios psicopatológicos de Rychlack (1988), para describir de manera sintética, la organización de personalidad que mejor representaría dichas características evolutivas.

Desequilibrio como un estado permanente. Los niños y adolescentes con TC1 presentarían un estado de desequilibrio permanente de los procesos de asimilación y acomodación, asimilando la realidad de manera distorsionada y generando escasas acomodaciones, por lo que produciría una tendencia a rigidizar sus esquemas y a mantenerse en el egocentrismo. La expresión de este desequilibrio se expresaría por medio de conductas desajustadas consigo mismo y con el medio, sin capacidad de

autorregulación, por lo que nos encontraríamos frente a un trastorno de la línea externalizada (Wenar, 1994), que considera escasamente el contexto y donde se falla en las tareas de diferenciación e integración (Sepúlveda & Capella, 2012). Se trataría, por tanto, de niños con dificultades para delimitar las experiencias, que se aproximan a los estímulos del medio sin desarrollar las habilidades cognitivas para evaluar adecuadamente las situaciones, a las que se enfrentan con distintas distorsiones en el procesamiento de la información social que si bien se diferencia en cada subtipo del TC1, conservarían ambos la predominancia de una visión subjetiva de la realidad que no integra a los otros (Sepúlveda, 2013).

No obstante lo anteriormente expuesto respecto a cómo se expresa este desequilibrio, podrían llegar a presentarse formas mixtas (con elementos internalizados, sufrimiento intrapsíquico) en el caso del subtipo sin rasgos de dureza emocional, cuando resulta comórbido con trastornos de ansiedad (cuando ésta deja de “emerger” de manera momentánea, para convertirse en un rasgo).

Fijación en formas previas del desarrollo. Al haber rigidización de los esquemas de conocimiento, el desarrollo permanece fijado en etapas previas del desarrollo, perseverando en repertorios desadaptativos y altamente egocéntricos, con predominancia de elementos de pensamiento preoperatorios y sensoriomotrices, tales como retrasos en el desarrollo de la función simbólica, ausencia de reversibilidad del pensamiento y descarga inmediata de los impulsos y resolución de problemas por medio del enfrentamiento y/o la evitación (orientado a la acción), sin intentos de negociación con el otro .

Criterio de realidad. En los casos de TC1 hay una falla en el criterio de realidad con una devaluación hacia el medio, al considerarlo negativo, coartador y no gratificador a sus demandas constantes e inmediatas. Esto implicaría, muy probablemente, una sobrevaloración de sí mismo, al poner sus necesidades sobre las de los otros y una represión de los aspectos propios no asimilables, que puedan amenazar su precario desarrollo identitario (Rychlack, 1988).

Los criterios psicopatológicos recién descritos, dan cuenta de qué tipo de desequilibrio se presenta en este trastorno y cómo se organizaría el desarrollo en los niños y jóvenes con trastorno de conducta de inicio infantil. Observándose, en conclusión, una estructura de personalidad tendiente a lo limítrofe, la cual según Caponni (2006, citado en Sepúlveda,

2013) se caracterizaría por: a) un tipo de pensamiento rígido, emocionalidad impulsiva y baja capacidad de autocontrol; b) un sentido de realidad alterado (muy subjetivo), una visión de la realidad negativa con características narcisísticas y una identidad que tiende a ser sobrevalorada, con un reconocimiento e integración de los aspectos del sí mismo deficiente; y c) a nivel social, relaciones interpersonales insatisfactorias, dependiente de las claves externas inmediatas para actuar y con falta de autonomía a nivel moral.

Si bien entregar una mirada comprensiva y holística que integre elementos evolutivos al trastorno de conducta nos facilita entender su etiología, curso, evolución y la forma en que podría ser vivenciado por quienes lo padecen, no deja de ser importante entender cómo el amplio conocimiento del mismo ha sido aplicado en el diseño de diversas estrategias de intervención, dado que los tratamientos sin duda también son un factor que influye en la prevalencia de un trastorno. De un correcto manejo terapéutico y de una aplicación o comprensión adecuada de lo tratado en todos los capítulos anteriores, se podría llegar a obtener un impacto muy positivo en la vida de un niño u adolescente y del entorno en el que se desenvuelve, aportando también a largo plazo al bienestar social. En el siguiente capítulo se abordarán las intervenciones más estudiadas, analizándolas de manera crítica, esperando así, aportar mejoras en las intervenciones existentes o al futuro desarrollo de nuevas propuestas de abordaje para el trastorno de conducta de inicio infantil, enfocado en las necesidades reales de cada subtipo.

Métodos de Intervención más Estudiados para Niños y Adolescentes con Trastorno de Conducta y otros Aportes: Descripción y Análisis

Aspectos generales para el tratamiento.

El alto impacto a nivel social y la disrupción en múltiples niveles que conlleva el trastorno de conducta ha llevado a la necesidad de ahondar en sus características y ha estimulado la construcción de diversas propuestas para su tratamiento. Los investigadores coinciden en la gran heterogeneidad que se observa en el desarrollo del TC en niños y adolescentes, tanto en las causas de sus problemas de conducta como en los factores de riesgo individuales y psicosociales, diferenciándose también en el tipo de comportamiento exhibido y el curso de su conducta agresiva y/o antisocial (Frick & Ellis, 1999). Tal como se ha expuesto en esta investigación teórica, enfocada en el trastorno de conducta de inicio infantil (TC1), han llegado a proponerse dos subtipos, considerando los rasgos de dureza e insensibilidad afectiva: TC1 con rasgos DIA y TC1 sin rasgos DIA (Frick & Viding, 2009).

Pese a la existencia de subdivisiones generales en el DSM-V en el trastorno de conducta de inicio temprano y adolescente, no hay tratamientos que consideren las diferencias entre ellas y más aún, en sus distintas vías del desarrollo, aún ante las variadas investigaciones que lo sustentan (Buitelaar et al., 2013). Sin embargo, se pueden encontrar en la literatura especializada, algunas propuestas de lineamientos y recomendaciones considerando aspectos de las subdivisiones generales (inicio infantil e inicio adolescente) e incluso las específicas al TC1 mencionadas más arriba, no obstante no se presentan como un cuerpo de propuestas estructuradas.

Como aspectos relevantes para lograr intervenciones eficaces a nivel general en el trastorno de conducta, se observa un consenso por parte de los investigadores respecto a la relevancia de la intervención temprana y la derivación oportuna de los casos. Así como el involucrar la esfera psicosocial e interpersonal en el tratamiento, es decir, generar intervenciones preferentemente integrales o multimodales que actúen sobre todos los aspectos vitales del sujeto (Almonte, 2012; De la Peña, 2003; Frick & Viding, 2009; Mitchell & Palmer, 2004; NICE, 2013). Esto implica, que además de trabajar a nivel individual, los tratamientos deben considerar e incidir en aquellas circunstancias socio-familiares y educacionales que podrían precipitar y mantener las conductas agresivas y/o antisociales, incluyendo a los diversos actores involucrados (Monguí-Merchan & Rey-

Anaconda, 2015). Siendo de especial relevancia la comunicación y el funcionamiento coordinado entre todos los participantes en los diversos contextos (ej: padres, profesores, familiares directos u otros significativos, grupo de pares, compañeros de colegio, funcionarios del área de salud, judicial entre otros) (Bernstein, 2014), lo que constituiría a su vez, el aspecto más desafiante del tratamiento (NICE, 2013).

Por otro lado, en los casos más graves, tales como las presentaciones del TC1, es esencial que la terapia sea de largo aliento y con un seguimiento posterior extenso, apuntando a múltiples focos en el desarrollo. Brindando tratamiento también a las condiciones comórbidas al TC, tales como el déficit atencional con hiperactividad. Pese a no ser una estrategia de primera línea, podría ser necesario considerar el uso de fármacos para tratar estos trastornos concomitantes y en pacientes en los que se observe un aumento progresivo y grave en los niveles de agresividad y comportamiento impulsivo/violento (Buitelaar et al., 2013). No obstante, para medicar la agresividad, sería necesario definir previamente si esta es proactiva (con planificación) o reactiva (impulsiva), dado que sólo se recomendaría su uso en el segundo caso (García, 2012).

Al respecto, se han utilizado antipsicóticos de primera generación en casos de TC con deterioro orgánico e irritabilidad, pero su asociación a efectos extrapiramidales, lo hace poco recomendable. Por otro lado, el uso de antipsicóticos atípicos (risperidona y quetiapina) han sido estudiados en casos controlados, con resultados favorables. Para la comorbilidad con TDAH se han utilizado psicoestimulantes como el metilfenidato, obteniendo una disminución significativa de la agresividad ligada a impulsividad (Hyatt-Burkhart, Kolbert & Crothers, 2016). Pese a lo anteriormente expuesto, la mayoría de los investigadores coinciden en que el uso de farmacología no es recomendable para intervenir este trastorno como estrategia única (López, 2010), sino en combinación con tratamientos psicosociales y/o conductuales (Kazdin & Whitley, 2006).

Intervenciones terapéuticas más estudiadas para el trastorno de conducta.

Las guías de tratamiento y parámetros de práctica disponibles proponen las intervenciones psicosociales como la primera línea de tratamiento (Kazdin, 1997). Los temas comunes a estas intervenciones son un fuerte enfoque en el trabajo con los padres y familia, dada la relevancia del sistema social más amplio para lograr intervenciones eficaces y un enfoque en la prevención o reducción de la escalada de los problemas existentes (NICE, 2013). Dado que los trastornos de conducta implican principalmente

externalizar los síntomas, hay preferencia por las intervenciones de aprendizaje social que estructuren la vida de un niño, en lugar de intervenciones psicofarmacológicas o planteamientos intrapsíquicos por sí solos (Alvarez, 2010).

Según los lineamientos de las guías de tratamiento estudiadas, la elección y/o asignación del tipo de tratamiento a utilizar depende de dos factores principalmente: nivel de complejidad y tipo de intervención, así para los casos de leve a mediana complejidad se utilizan preferentemente estrategias psicoeducativas para padres y profesores del centro educacional al que asistan y/o estrategias individuales, aplicadas de manera particular o en conjunto. Estas intervenciones se presentan preponderantemente desde el enfoque cognitivo conductual. Por otro lado, los trastornos de conducta de mayor cronicidad, se abordan desde un enfoque multisistémico, integrando el área individual, social, familiar, educativa y de justicia, si es que aplica. Este último enfoque mencionado, puede abarcar las estrategias expuestas anteriormente, añadiéndole además otros focos de atención y agentes involucrados (De la Peña & Palacios, 2011). Otro factor importante, es la edad a la que se detecta el trastorno, NICE (2013) recomienda los programas de intervención psicoeducativa para los padres, en caso de los niños más pequeños y los enfoques multisistémicos, en niños de mayor edad.

Kazdin (1997), agrupa en una revisión exhaustiva los cuatro tratamientos mejor estudiados para el trastorno de conducta, su selección se basa en que dichas evaluaciones fueron llevadas a cabo cuidadosamente en ensayos clínicos controlados, estos a su vez, se pueden dividir en dos categorías: unimodales y multimodales. Los primeros se caracterizan por ser tratamientos diseñados para abordar el trastorno desde un aspecto/factor específico del mismo. Mientras que por el contrario, las estrategias multimodales intentan integrar diversas estrategias e intervenir desde múltiples áreas.

A continuación se llevará a cabo una breve descripción de estos tratamientos y un análisis de su efectividad y aspectos críticos, para con posterioridad, agregar los aportes encontrados desde la perspectiva constructivista y del desarrollo.

Intervenciones unimodales: los aportes desde el enfoque cognitivo conductual.

1) Entrenamiento cognitivo para la resolución de problemas (Cognitive Problem-solving Skills Training - PSST).

La capacitación cognitiva para la resolución de problemas de Spivak y Shure (1974, 1976, 1978), es un tratamiento de tipo cognitivo conductual que se enfoca en desarrollar habilidades interpersonales de resolución de problemas (Kazdin, 1997), con el fin de disminuir los comportamientos antisociales y favorecer el funcionamiento prosocial (Alvarez, 2010), contribuyendo a una estructura en la vida del niño que brinde seguridad y potencie la capacidad de construir relaciones interpersonales positivas a medida que progresa la terapia (Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2001).

Esta estrategia se centra en los procesos de pensamiento con los que el niño orienta sus respuestas a situaciones interpersonales, enseñándoles a trabajar paso a paso la resolución de problemas, dividiéndolos en tareas más pequeñas que conduzcan a una solución eficaz. Posteriormente, los comportamientos/soluciones seleccionados (que hayan resultado efectivos) y que sean prosociales serán fomentados con modelado y refuerzo directo (D'Zurilla & Nezu, 1999).

En un comienzo se utilizan tareas estructuradas tales como juegos, actividades académicas e historias, pero con el transcurso del tratamiento, las habilidades cognitivas de resolución de problemas se aplican cada vez más a situaciones de la vida real. El papel de los terapeutas es muy activo, ayudando a elaborar este proceso cognitivo por medio de afirmaciones, pistas y comentarios para el uso adecuado de las habilidades desarrolladas, utilizando procedimientos como el modelado y práctica, juego de roles, refuerzo y castigo leve (como pérdida de fichas, por ejemplo) (Kazdin, Siegel & Bass, 1992).

Efectividad y análisis de los aspectos críticos del Entrenamiento Cognitivo para la Resolución de Problemas (Cognitive Problem-solving Skills Training - PSST).

Respecto a la efectividad del programa, los niños han mostrado disminución significativa de los problemas de conducta en el hogar, menos agresividad en el colegio y un comportamiento más orientado a la prosocialidad con estrategias de resolución de conflictos más efectivas. Estos cambios se mantendrían luego de un año de seguimiento

(Webster-Stratton et al., 2001), estableciendo su efectividad a corto plazo más no de manera consistente a largo plazo (Álvarez, 2010), Mostrando una mayor respuesta en niños mayores, por sobre los más pequeños (NICE, 2013), aludiendo al desarrollo cognitivo de cada etapa (Duriak, Fuhrman & Lampman, 1991). Algunos probables factores que podrían reducir su eficacia son: diagnósticos comórbidos no tratados, deficiencias a nivel cognitivo y familia altamente disfuncional (exposición a violencia, psicopatología de miembros de la familia, etc.) (Kazdin, 1995). Siendo según Webster-Stratton et al. (2001), un estilo de crianza negativo o inadecuado, el factor de riesgo más significativo.

Los aspectos críticos principales de este programa, alusivos también a tratamientos similares desde la línea cognitivo conductual, apuntarían según los autores a: a) dificultades en la generalización de las conductas aprendidas en un contexto estructurado, a los diversos ambientes en los que el niño se desenvuelve (Kendall, Reber, McLeer, Epps, & Ronan, 1990) y b) escaso involucramiento y contacto entre todos los agentes socializantes del niño (Kazdin, 2010). Pese al esfuerzo progresivo del programa de ir acercando las situaciones hipotéticas cada vez más al contexto real, aún se generará un alto nivel de incertidumbre cuando el niño tratado deba hacer uso de estas habilidades en otros contextos diferentes al cual fueron adquiridas, donde las respuestas de los otros no siempre serán consistentes como las ficticias y sí las discrepancias no son tratadas debidamente, el riesgo de que las conductas indeseadas reaparezcan es alto.

En ese sentido, las constantes mejoras realizadas a este tratamiento apuntan justamente a implementar versiones simultáneas en diversos contextos, tales como el colegio y la familia (Bierman & Greenberg, 1996), de modo que las habilidades sean adquiridas donde se usarán, fomentando así que estos comportamientos deseados perduren en el tiempo. Pese a eso, aún habría contextos que no estarían siendo abarcados y de los cuales además, no se está monitoreando su influencia sobre el niño, lo que sin duda es un aspecto muy crítico de este tratamiento (Frick, 2001).

Otro punto a considerar, es que el Entrenamiento Cognitivo para la Resolución de Problemas (PSST) no consideraría la naturaleza de la falla del procesamiento socio-cognitivo, la cual, como se ha documentado, es distinta en el subtipo infantil impulsivo, donde hay atribución de hostilidad a los otros ante situaciones ambiguas socialmente, y en el subtipo endurecido afectivamente, donde hay una valoración positiva de la conducta agresiva para obtener beneficios tangibles. Es decir, no se trataría sólo de enseñar

habilidades de resolución de problemas, un adecuado manejo de las situaciones y emociones de manera general; sino de ir más allá de la cognición pura hacia el significado mismo que todo estos pensamientos constituyen para el niño. Es decir, ir a su forma de ver la realidad, para que esta información constituya la guía para implementar el tratamiento, de modo que la forma en que este es aplicado, tenga sentido con cómo el niño funciona en el mundo. Esto implica también, estimar en términos lo más realistas posibles, cuanta flexibilidad y en qué medida podrían irse dando los cambios (Sepúlveda, 2013). Esto no quiere decir, per se, que la forma en que este tratamiento ha sido diseñada no sea efectiva —puesto que los estudios señalan que lo es en alta medida aunque en un período acotado de tiempo— sino que sería pertinente acomodar su implementación al modo de procesamiento de la información social de cada subtipo del TC1.

Para ejemplificar, establecer una secuencia de pasos entre la percepción del estímulo y la meta, podría ser productivo en todos los casos para disminuir la respuesta impulsiva, no obstante, concientizar respecto a lo inadecuado de su conducta o el perjuicio que esta tiene en otros podría resultar útil de entrada para los niños sin rasgos DIA. Puesto que en el otro caso (TC1 con rasgos DIA), cuya insensibilidad al castigo es alta, podría ser necesario, más bien, tomar medidas que reforzaran la ganancia inmediata de generar vínculos prosociales con los demás, en vez de señalar los aspectos negativos propios desde un comienzo lo que probablemente disminuiría su interés en el tratamiento. Así, una vez establecida la conducta deseada, iniciar un progresivo y largo proceso de concientización de la responsabilidad y valores en pos de una mejora sustantiva en el desarrollo moral. Entonces, se trataría de una cuestión de orden más que de contenido, es decir, por dónde deberíamos partir para que la intervención tenga más sentido, en cada uno de los casos. En conclusión, una mirada desde las trayectorias del desarrollo del trastorno de conducta de inicio infantil, favorecería muy probablemente la efectividad del tratamiento, al disminuir su estandarización para una patología que ha demostrado ampliamente ser multifactorial y heterogénea (Frick, 2001).

2) Entrenamiento de manejo parental (Parent Management Training - PMT).

El entrenamiento en manejo para padres se basa en investigaciones que demuestran que los problemas conductuales se desarrollan y mantienen por la mala adaptación entre padres e hijos. Si bien esta interacción conflictiva puede desencadenarse por el temperamento irritable propio del niño, un componente importante de este modelo es el

mal manejo de los padres conducente a una crianza ineficaz. Esto incluye tanto a aquellos padres que no prestan atención a las conductas inadecuadas de sus hijos, como a aquellos que son inconsistentes con las normas, también se incluyen aquellos que detectando comportamientos positivos no los reconocen ni fomentan (Bernstein, 2014; Boxer & Frick, 2008).

El propósito general de la PMT es alterar el patrón de interacción entre padres e hijos para detener los patrones ineficaces y coercitivos de crianza que pueden conducir a trayectorias inadecuadas (agresivas y antisociales), fomentando el comportamiento prosocial por medio de métodos de socialización positivos (Forgatch & Patterson, 2010)

Este proceso implica varios comportamientos parentales diferentes, tales como el establecimiento de reglas a seguir para los niños, proporcionar refuerzo a las conductas deseadas, contemplar formas adecuadas de castigo para suprimir comportamientos inadecuados, negociar compromisos, comunicación, entre otros. Estas conductas parentales se van desarrollando sistemática y progresivamente dentro de las sesiones por medio de la instrucción de conocimientos y técnicas por parte del terapeuta, quien irá haciendo un acercamiento progresivo a las mismas, con el fin de que estas puedan implementarse en casa (Hyatt-Burkhart et al., 2016).

Pese a que existen muchas variaciones de este programa, se pueden identificar varias características en común: el tratamiento se realiza por medio de procedimientos que los padres ejecutarán en casa; los padres se reúnen con un terapeuta quien los instruye en técnicas específicas para modificar la forma de interactuar con sus hijos, promoviendo la conducta prosocial y disminuyendo el comportamiento disruptivo; por lo general, hay poca o no hay, interacción directa del terapeuta con el niño (Kazdin, 1997).

Por otro lado, en toda formación en manejo para padres, se les capacitará para identificar, definir y observar los problemas desde nuevas perspectivas, para esto será esencial especificar cuidadosamente el tipo de problema, para desplegar las técnicas de castigo cuando sea preciso, por ejemplo, y además evaluar si el programa va cumpliendo o no con los objetivos planteados.

Teóricamente, este tratamiento siempre estará posicionado desde el principio de aprendizaje social e incluirá al menos los siguientes procedimientos: refuerzo positivo (por ejemplo, uso de alabanza y fichas o puntos para el comportamiento prosocial),

castigo leve (tiempo fuera de refuerzo, pérdida de privilegios), negociación y contrato de contingencias.

Efectividad y análisis de los aspectos críticos del Entrenamiento de Manejo Parental (Parent Management Training – PMT).

Respecto a la efectividad de esta estrategia, la mayoría de los autores coinciden en que este método es el que ha demostrado tener el mayor impacto en la conducta de los niños (Boxer & Frick, 2008; Kazdin, 1997), incluyendo la mejora de las dificultades conductuales hasta después de 3 años del tratamiento e incluso 10 años después (Somech & Elizur, 2012). Respecto al rango etario, se han reportado mayores beneficios con niños más pequeños, pero co-variando con la gravedad del trastorno; a mayor gravedad, mayor resistencia al tratamiento. Los problemas conductuales graves en la etapa adolescente serían los más resistentes (Fisher, Gunnar, Chamberlain & Reid, 2000).

Pese a que la PMT ha sido promovida y definida en múltiples manuales con distintos tipos de aplicaciones, dentro de sus aspectos críticos su limitación más importante sería no realizar una evaluación detallada al sistema familiar completo o las condiciones base, en la que los padres recibirán este tratamiento. Esto incidiría directamente en el hecho de que algunos deserten por diversos motivos, entre los cuales, los más mencionados son: presencia de psicopatología en los padres de índole depresiva, psicopática, antisocial, drogodependencia y condiciones de vulnerabilidad social. Además de relaciones altamente disfuncionales entre los distintos miembros del grupo familiar y en interacción con otros (Kazdin, 1995). Es decir, no sería pertinente sólo involucrarse en la relación entre los padres y el niño tratado, sino también considerar todas las relaciones del grupo familiar entre sí, pues todas ellas son factores que influyen en el proceso (Miller & Prinz, 1990).

Otro aspecto directamente relacionado a lo anterior, es que este tipo de terapia en general requiere un gran esfuerzo para los padres, quienes deben aprender, ensayar, asistir a sesiones, etc., lo que puede resultar desgastante y llevar a la deserción por falta de motivación. En ese sentido, la PMT tampoco contemplaría una fase previa de “enganche” o de generar un compromiso sólido y estable, como otras terapias multimodales que involucran a los padres (Kazdin, 2010).

Por otro lado, en el proceso de socialización la influencia siempre es bidireccional; es decir, tanto como los padres influyen a los hijos, estos influyen en los patrones que despliegan sus padres (Lytton, 1990). Por lo que considerar esta relación en un solo

sentido, sería otro de los aspectos críticos de este programa. Lo ideal, sería poder evaluar cómo las características del niño podrían estar influyendo en el curso del tratamiento y de ser posible abordarlas, aplicando un tratamiento en conjunto (como la PSST, por ejemplo).

Otro aspecto crítico del tratamiento, es que está enfocado en entrenar a los padres para corregir sus métodos de socialización e influir en el comportamiento desviado de su hijo, pero sin prestar atención a qué función podrían estar cumpliendo los mismos cuidadores en el desarrollo o mantenimiento de dicho comportamiento. Por ejemplo, en caso de falta de atención e inconsistencia en las respuestas parentales, los niños podrían activar conductas inadecuadas para generar una respuesta inmediata, sea cual esta sea, y de este modo, activar y generar algún tipo de interacción con sus padres, es decir, que ellos se involucren (Wahler & Dumas, 1986). Pese a que esta pauta sea disfuncional, ciertamente para perseverar en el tiempo se debe haber cumplido con la satisfacción de la necesidad inmediata de atención. Por ende, considerar la función de la conducta disfuncional, resultaría de suma relevancia para abordar de manera más comprensiva el trastorno.

Algunos investigadores han desarrollado programas mejorados basados en la PMT, que toman en cuenta algunas de las consideraciones expuestas anteriormente, incluyendo el extender las pautas de socialización a otros agentes socializantes tales como profesores en la escuela. En esa línea, Boxer y Frick (2008) destacan el programa “Incredible Years”, basado en la PMT que además de incluir suplementos para la escuela agrega el trabajo individual y en grupos con los niños, para modificar sus habilidades a través de los distintos escenarios en que se desenvuelven. Es por esto que “Incredible Years” podría ser considerada una estrategia multimodal integrativa basada en la PMT.

Finalmente, nuevamente se menciona como aspecto crítico, la necesidad de evaluar cómo podría variar la efectividad de este tratamiento considerando la existencia de los diferentes subtipos del trastorno de conducta (Frick, 2006). En este caso, ya existiría información específica para la efectividad de la PMT e inclusive un programa similar a “Incredible Years”, en los diferentes subtipos del TC1, los cuales indicaron que de este tipo de intervenciones, la PMT —enfocada sólo en los padres— mostraría mejores resultados en niños sin rasgos DIA. Mientras que los resultados fueron mucho menos favorables para el subgrupo endurecido afectivamente, incluso en la versión más integrativa, similar a “Incredible Years” (Hawes & Dadds, 2005). Ante estos resultados, los

investigadores sugerirían una intervención aún más abarcativa e intensiva para este último subgrupo (Boxer & Frick, 2008).

Concluyendo el análisis de las propuestas unimodales —PSST y PMT—, se podría realizar una reflexión importante en general para ambas, desde la perspectiva del desarrollo. El trastorno de conducta es multideterminado, producto de una interacción compleja mutuamente dependiente de múltiples mecanismos causales, que pasa por los factores individuales, los del entorno de crianza, así como los factores estresantes en su ecología social más amplia (ambiente socializado negativamente, vulnerabilidad social, etc.) (Moffit, 1993). Por ende, las estrategias unimodales que se dirigen a un solo tipo de proceso, estarían dirigiéndose a sólo uno o a pocos de los múltiples factores causales potenciales, esto implica, que muy probablemente el proceso de cambio esperado en el tratamiento estaría siendo influenciado por otros factores que no están siendo considerados (Frick, 2001). Esto adquiere más sentido, cuando las propias investigaciones demuestran que en aquellos ensayos o casos en los que se utilizan las dos estrategias unimodales aquí descritas de manera conjunta, la intervención resulta típicamente más eficaz, en cuanto a consistencia de los cambios, tanto en padres como en niños y con resultados más extendidos en el tiempo y en un mayor rango etario, que cuando se aplican por separado (Kazdin, 1992; Webster-Stratton & Hammond, 1997).

Además, el que existan distintas trayectorias del desarrollo para el TC1 que definen formas tan heterogéneas entre sí (Frick & Ellis, 1999), implicaría que cualquier intervención única estandarizada, incluso si intentase apuntar a distintos procesos causales, probablemente no será eficaz para todos los niños con este trastorno (Frick, 2001). Es por esto, que la tendencia y el consenso general parece apuntar a la conformación de programas que en realidad constituyen una combinación de distintos tratamientos que por sí solos han mostrado efectividad, para potenciar sus efectos. Añadiendo como componente principal el desarrollo de los mismos en todas las áreas del desarrollo y contextos en los que el niño se desenvuelve, involucrando a los diferentes agentes que podrían influir en la incidencia y curso del trastorno. Aunque una estrategia comprensiva de tratamiento que incluya el trabajo con padres, profesores y los niños podría parecer demasiado intensa para un niño pequeño, las investigaciones indican claramente que tal acercamiento es, de hecho, más efectivo y además necesario para prevenir comportamientos más severos en el futuro (Boxer y Frick, 2008).

Intervenciones multimodales: Los aportes de la perspectiva sistémica.

1) Terapia Familiar Funcional (Functional Family Therapy – FFT).

La Terapia Funcional Familiar es un programa de prevención e intervención específicamente diseñado para trabajar con adolescentes con problemas conductuales, su rango etario abarcaría de los 11 a los 18 años (Zazzali et al., 2008). Está estructurada como una intervención familiar basada en el hogar y la comunidad, desde un modelo integrativo, que reúne conceptos y aportes de diversas teorías del comportamiento, cognitivas, comunicacionales, sistémicas y socio-constructivistas (Alexander, Holtzworth-Munroe & Jameson, 1994). Su foco de intervención es eminentemente relacional (Sexton & Alexander, 2003).

Así, esta intervención se preocupará de a) identificar y caracterizar el problema clínico, b) analizar la función relacional que cumple el problema en el sistema familiar y entender el funcionamiento general de este; y c) establecer intervenciones que apunten a un cambio exitoso, estable y a largo plazo (Sexton & Alexander, 2004). Es decir, que la FFT parte del supuesto de que el problema del niño es la única vía para que algunas funciones interpersonales (por ejemplo, intimidad, distanciamiento u apoyo) puedan ser satisfechas entre miembros de la familia. El objetivo del tratamiento es alterar la interacción y los patrones de comunicación y comportamiento dentro del sistema familiar, fomentando un funcionamiento más adaptativo (Kazdin, 1997) o de manera más específica: a) promover cambios en las relaciones que se mantengan a largo plazo; b) mejorar la eficacia familiar en distintos escenarios; c) reducir los comportamientos problemáticos en los/las jóvenes y la familia; y d) incrementar el uso productivo del tiempo en los adolescentes (Waldron, 2013).

Este modelo tiene una duración limitada que oscila entre las 12 a 14 sesiones estructuradas, con una duración aproximada de 3 a 5 meses. El tratamiento se realiza ya sea en un entorno clínico, en el hogar de la familia o donde se acomode más a las necesidades de la misma (Finschi & Salazar, 2013). En su aplicación, la FFT se caracteriza por llevarse a cabo en fases determinadas, las cuales serán descritas brevemente a continuación.

- La primera fase es de vinculación y motivación, en la cual se espera generar alianza, establecer el rapport, generar acuerdos de colaboración entre los miembros de la familia, disminuir las dificultades familiares enfocándose en la

problemática actual y resignificar los comportamientos observados entendiéndolos funcionalmente, en vez de describirlos como “buenos o malos”, por ejemplo. Por otro lado, busca fomentar la esperanza respecto al cambio (Kazdin, 1997).

- La segunda fase corresponde a la evaluación relacional y cambio de conducta, donde entorno al reconocimiento del funcionamiento individual y dentro de la familia se busca generar intervenciones que amoldadas a sus características, generen cambios positivos y disminuyan los factores de riesgo, identificando y reformulando aquellas estrategias deficitarias que no responden a las necesidades del grupo. Lo más importante, es promover metas que sean posibles de llevarse a cabo y se adecúen a las capacidades del grupo familiar de manera realista, más que moverla a un parámetro establecido de normalidad o idoneidad. En esta etapa se busca incrementar las competencias comunicacionales (dentro y fuera del contexto familiar), mejorar las habilidades parentales y de resolución de problemas de todos los miembros de la familia, además se incorporan progresivamente tareas que puedan ser llevadas a cabo dentro y fuera del contexto terapéutico (Sexton & Alexander, 2004).
- Finalmente, la tercera fase corresponde a la generalización de los cambios obtenidos, en la cual los terapeutas asisten a la familia para la aplicación de las habilidades y comportamientos aprendidos a otros sistemas, como resultado. También se espera que la familia pueda establecer redes de apoyo significativas dentro de su comunidad y a ser autosuficientes en la búsqueda de soluciones, observando y aplicando lo aprendido dentro y fuera del sistema familiar. Es esencial llevar a cabo una evaluación y un seguimiento o post-tratamiento meticuloso y de alta calidad, dado que en el caso de jóvenes infractores de ley la posibilidad de reincidencia es alta (Baglivio, Jackowski, Greenwald & Wolff, 2014).

Efectividad y análisis de los aspectos críticos de la Terapia Familiar Funcional (Functional Family Therapy – FFT).

La FFT ha mostrado ser eficaz en niños mayores y adolescentes en general y suple las falencias de la PMT al preocuparse de analizar cómo los problemas de los padres (tales como trastornos psicológicos u otras condiciones) están insertas en el contexto familiar más amplio y de generar un alto nivel de compromiso de todo el grupo, siendo la fase de vinculación su aspecto más destacable y que lo diferencia de muchas otras intervenciones

de su tipo (Frick, 2001). Ha reportado buenos resultados disminuyendo el comportamiento delictivo juvenil, las adicciones (consumo de drogas) y la remisión a tribunales de jóvenes infractores. Por otro lado, su efecto más conocido es el mejoramiento de la comunicación e interacciones familiares (Kazdin, 1997). La fidelidad al método y el riguroso entrenamiento de 12 a 18 meses de sus terapeutas es una de las bases de su efectividad (Hyatt-Burkhart et al., 2016), destacando el estudio en miras a un perfeccionamiento constante de las habilidades del terapeuta, para lograr un efecto lo más positivo posible en los grupos que interviene (Newberry, Alexander & Turner, 1991).

Otro aspecto a destacar de esta terapia multimodal, es que fue diseñada para ser práctica y relativamente barata, puesto que se sule de los recursos disponibles de la misma familia, si se aplica en ese contexto —lo que será a su elección— y les permitiría, por ejemplo, abaratar costos de transporte. No obstante, esta característica también podría suponer algunos problemas logísticos en la implementación de la FFT, como por ejemplo no contar con espacios adecuados para la intervención (familias de muy escasos recursos) o en el caso de ser implementado en oficina, dependería de la disponibilidad de la institución que esté financiando el proyecto. El que además incluye por lo general de 6 a 10 terapeutas, asumiendo hasta 12 casos activos y que se hace cargo económicamente de todo el entrenamiento, materiales, transporte de los terapeutas, entre otros. Para abaratar costos a nivel macro, los mismos autores recomiendan comprar el paquete para un entrenamiento masivo, por ejemplo, comprarlo para una región e implementarlo en sus diversos distritos o comunas (Alexander et al., 1998). Por otro lado, Boxer y Frick (2008) señalan que sería relativamente sencillo generar una adaptación alternativa para su uso clínico, por terapeutas comunes, esto dado que se maneja en un contexto en específico de manera más amplia: el sistema familiar.

Como se ha ido adelantando, la FFT si bien se considera multimodal al ayudar al cambio familiar y exteriorizar esos cambios a todos los contextos posibles, sigue siendo de base, una intervención familiar. Es decir, que sólo trabaja de manera directa con ellos (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010) y son los miembros de la misma quienes deben establecer los contactos con otras instituciones o ampliar su red. Esto si bien favorece la autonomía a lo largo del proceso, también puede suponer un factor de riesgo en casos de alta disfuncionalidad o ambientes de socialización negativa en el que el contacto con pares desviados sea acusado y constante. Al respecto, se ha señalado como aspecto más riesgoso para la reincidencia en comportamientos delictuales, el tener

escasa adherencia con el terapeuta asignado, por lo cual será de suma importancia cuidar el vínculo y poseer el entrenamiento adecuado para responder a las necesidades del grupo eficientemente (Blueprints, s.f.). Aún con lo mencionado, esta terapia sigue siendo una de las estrategias más prometedoras del último tiempo, los investigadores mencionan no obstante que harían falta más estudios especializados para probar su efectividad (Humayun & Scott, 2015).

2) Terapia Multisistémica (Multisistemic Therapy – MST).

La Terapia Multisistémica es un modelo integral que incluye intervenciones basadas en la familia, hogar y comunidad, basado teóricamente en el Modelo Ecológico Social de Bronfenbrenner (1979), entendiendo la conducta disruptiva y antisocial como inherentemente influenciada por las interacciones mutuas en las diferentes esferas en las que se desenvuelve cada niño u adolescente. Su metodología considera la realización de varias sesiones de tratamiento a la semana, incluyendo al niño, sus padres, hermanos, amigos y profesores. A su vez, la atención se realiza en los distintos espacios de socialización del paciente y está disponible en el momento que este o su familia lo requieran, en una modalidad de siete días a la semana por 24 horas al día (Henggeler & Sheidow, 2012). Los terapeutas trabajan con grupos por un mínimo de cuatro a seis meses y deben ser psicólogos altamente calificados en intervención clínica y psicosocial, además de ser expertos en el tema, con un acercamiento claro al enfoque (De la Peña, 2003).

El tratamiento incluye intervenciones para reducir el comportamiento disruptivo, los factores de riesgo de reincidencia delictual y el compromiso socio-conductual del niño u adolescente y su familia, además de favorecer conductas pro-sociales y desarrollar capacidades protectoras y competencias parentales en la familia del mismo (Hyatt-Burkhart et al., 2016). Con este fin, puede servirse de múltiples estrategias terapéuticas para aplicarlas de manera integrada a las diversas áreas a abarcar, tales como: competencias parentales (PMT), resolución de problemas (PSST), apoyo académico (extensiones de la PMT al contexto académico), terapia familiar (FFT), abordaje farmacológico de los síntomas del TDAH y/u otras condiciones comórbidas, orientación individual y el establecimiento de una apropiada red social de apoyo, según sea necesario (Bernstein, 2014).

De acuerdo con Henggeler, Melton, Brondino, Scherer, y Hanley (1997), la MST se operacionaliza en estos nueve principios:

- 1) El primer propósito de asesoramiento es comprender cómo los problemas identificados se manifiestan en el contexto sistémico más amplio.
- 2) Los terapeutas deben ser enfáticamente positivos y usar las fortalezas propias de cada sistema como fuentes potenciales de cambio.
- 3) Las intervenciones deben promover un comportamiento responsable y comprometido, disminuyendo las faltas entre miembros de la familia.
- 4) Las intervenciones deben estar bien enfocadas y orientarse a la acción, con metas bien específicas y problemas bien definidos.
- 5) Las intervenciones están orientadas secuencialmente hacia los diferentes sistemas que mantienen el problema.
- 6) Las intervenciones deben ser diseñadas tomando en cuenta el desarrollo del niño/adolescente y ajustarse a sus necesidades.
- 7) Las intervenciones están diseñadas para contar con esfuerzo diario o semanal de la familia.
- 8) La efectividad de las intervenciones debe evaluarse constantemente desde diferentes perspectivas, proponiendo alternativas para superar las barreras y lograr mayor efectividad.
- 9) Las intervenciones están diseñadas para promover la generalización del tratamiento y para mantener los cambios terapéuticos a largo plazo, al tiempo que refuerzan a los cuidadores para las necesidades de los miembros de la familia en los diferentes contextos del sistema (Henggeler et al, 1997, p.832).

Estos principios describen a grandes rasgos el marco de esta estrategia. En la aplicación, las intervenciones variarán basándose en las necesidades individuales del niño o joven. Las intervenciones están sólidamente construidas en los factores protectores del sistema, así como en las habilidades y competencias de cada miembro de la familia (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 2009).

Efectividad y análisis de los aspectos críticos de la Terapia Multisistémica (Multisystemic Therapy – MST).

Respecto a su efectividad los resultados de este tipo de enfoque global han sido alentadores. La Terapia Multisistémica ha demostrado ser útil para los niños y adolescentes con trastornos de conducta, especialmente cuando el entrenamiento en manejo para padres (PMT) ha sido administrado sin resultados favorables (Bernstein, 2014). Los resultados a nivel delictual señalan un alto grado de efectividad en la disminución de los problemas de conducta en adolescentes, disminuyendo su asociación a otros infractores y mejorando las relaciones familiares, sobre todo la comunicación y afecto (De la Peña, 2003). Algunos de los aspectos relacionados con el éxito de la TMS se relacionan con contar con un entrenamiento intensivo y ejecución responsable del tratamiento por parte de sus terapeutas, es esencial además contar con redes de apoyo e incentivos, colaboración e iniciativa de diferentes instituciones para que el tratamiento tenga el alcance más amplio posible a las diferentes áreas del paciente.

Pese a que la Terapia Multisistémica abarca los múltiples entornos en que el niño u adolescente se desenvuelve, no se enmarca explícitamente dentro de un enfoque del desarrollo, dado su escaso énfasis en las características individuales del niño que podrían contribuir al desarrollo del trastorno de conducta y que podrían influir en cómo se organizan y mantienen los contextos de los que esta teoría sí se encarga. Sin embargo, cumple con las recomendaciones dadas por este enfoque, respecto a un acercamiento individualizado y comprehensivo, por lo que se posiciona como el tratamiento más abarcativo actualmente dentro de los más estudiados para el trastorno de conducta (Frick, 2001). De todos los programas de tratamiento, este es el que mejor podría servirse de la perspectiva constructivista evolutiva, la cual complementaría y aportaría el énfasis necesario en el análisis de las características individuales y la caracterización especializada del desarrollo psicológico y significados de la realidad de los niños y jóvenes tratados, así como de su entorno.

Los aspectos críticos de la MST se reducen a, básicamente los altos costes de implementación, tanto a nivel monetario y humano. Este programa es muy exigente y complejo, dado que se enfoca en brindar varios tipos de tratamiento, de manera ecléctica, bajo una mirada del análisis sistémico en múltiples contextos, lo que involucra a varias personas e instituciones, siendo la coordinación de todos los elementos el aspecto más arduo de este tipo de terapia. Para poder brindar un servicio de manera integral y con alta

calidad (y de paso, aumentar su efectividad) se requiere de terapeutas muy bien formados en los distintos tipos de tratamientos escogidos para implementar en las diversas áreas de intervención y se requiere también de una gran inversión para su aplicación. Por otro lado, es altamente exigente para los terapeutas, debido a que se trata de un programa de 24 horas, por lo que hay muchos aspectos que deben tenerse en consideración desde las distintas entidades participantes, para no poner en riesgo el gran avance y posibilidad que representa la Terapia Multisistémica (Kazdin, 2010). Si bien todo lo mencionado anteriormente, haría poco alcanzable su ejecución completa por un clínico común, Boxer y Frick (2008) señalan que sería factible adoptar un enfoque similar al MST para generar tratamientos individualizados, gracias a sus principios claramente delineados. Aún así, señalan que es necesario generar investigaciones en torno a este programa apuntando a una forma de hacerlo más accesible y costo efectivo para la mayoría de los clínicos.

Otros aportes y consideraciones.

Intervenciones desde el constructivismo para el trastorno de conducta.

A diferencia de los tratamientos presentados postulados desde enfoques teóricos definidos, no existe un programa establecido de acercamiento al trastorno de conducta desde el constructivismo y mucho menos desde el constructivismo evolutivo específicamente. No obstante, en la búsqueda de investigaciones relacionadas se encontraron dos. Una orientada a entregar intervenciones constructivistas para niños y adolescentes con trastorno de conducta de manera general en múltiples contextos (García & Orellana, 2011). La segunda, corresponde a un análisis de caso clínico de tratamiento constructivista y sistémico a un infractor de ley adulto institucionalizado que comenzó su comportamiento antisocial en la pre-adolescencia (Sánchez & García, 2008).

El único de ellos que se encuentra debidamente sistematizado y responde tanto a los objetivos como rango etario de este trabajo teórico es el primero de ellos. A continuación se resumen los lineamientos psicoterapéuticos presentados en dicho trabajo.

La postura de los autores: problemas conductuales desde el constructivismo.

La postura constructivista se acerca a los problemas de conducta entendiendo al sujeto más que como portador de una cualidad negativa, como alguien que vive en una situación problemática que involucra múltiples factores además de sí mismo o sus propias

características. En ese sentido, el trastorno forma parte de un contexto; es un problema que se debe resolver, ateniéndose a múltiples acercamientos contextuales y personales, entre los cuales está incluido el cómo la persona significa el contexto en el que vive y las problemáticas inherentes a él, lo que sin duda, influye en las soluciones desplegadas, la percepción de los recursos disponibles, entre otros. (García & Orellana, 2011).

Un enfoque contextual de los trastornos psicológicos debe atender a la función adaptativa que estos cumplen y proveer soluciones al problema que están representando, lo que supone que la persona que presenta el problema, debe ser parte activa de su solución. En ese sentido, es primordial que los tratamientos no sólo se adecuen a las necesidades evolutivas de cada niño u adolescente, sino que se incluya a estos actuando en los mismos.

Diseño del tratamiento.

Si el núcleo del problema reside en las interpretaciones (o conductas) contextualizadas, las soluciones deberán dirigirse a proporcionar formas alternativas que difieran del desempeño habitual, de modo que permitan un cambio de perspectiva. Estas nuevas experiencias discrepantes, deben ser al menos cercanas a la experiencia del sujeto, no parecer impropias. La reelaboración debe dirigirse a potenciar y desarrollar conductas e interpretaciones ya presentes en él (White, 2007) y utilizar una zona de desarrollo próximo (distancia entre habilidades propias y las que puede adquirir si es debidamente asesorado) en la interacción social, que le permita matizar y/o resignificar las anticipaciones hostiles que hace del comportamiento de los demás, por medio de nuevas interacciones con los otros, los que deben ser incluidos en el tratamiento (Viney, Henry & Campbell, 2001). Se trabaja de manera análoga el desarrollo social y moral, con el fin de ir desarrollando una mayor y mejorada perspectiva del otro y las responsabilidades que se tienen en el actuar en el mundo (García, 2008).

Fases del tratamiento (García & Orellana, 2011).

Autoexploración. Las herramientas de esta fase tienen un doble propósito; recabar información e incrementar el nivel de autoconciencia de la propia visión de mundo. Se realiza por medio de herramientas afines a la etapa del desarrollo del niño, tales como los dibujos y/o entrevistas interactivas. Estas últimas tienen 3 objetivos: a) indagar cómo el niño percibe el problema y cómo creen que lo perciben los demás, b) cómo se da sentido a sí mismo y su contexto, qué implicancias tiene: cómo se siente y comporta, y c) crear

puntos de vista alternativos provenientes de su propia perspectiva, distintos a su actuar habitual que le podrían permitir resolver sus problemas (siempre como posibilidades). Los dibujos añadirían información de la percepción propia y la forma de significar situaciones vitales relevantes.

La información recabada se comparte con padres, tutores y/o profesores para desarrollar tres líneas de trabajo: a) reconstruir la percepción del menor en base a los datos obtenidos, desde una nueva perspectiva; b) desarrollar nuevas maneras de interactuar con él; y c) reorganizar el propio sistema de construcción del adulto, a partir de los significados otorgados por el niño (Ravenette, 2003).

Control de la ira. Se trata de estudiar la construcción de la situación de rabia y sus implicancias, considerando que los contextos generan cambios en la persona y qué cambios prevé ella misma en estos contextos (Winter, 2003). Pese a existir múltiples combinaciones, los casos de agresividad infantil, suelen estar ligados a la amenaza y la hostilidad; siendo la primera concebida como un riesgo de cambio drástico en el yo y la segunda como la tendencia a insistir en repertorios disfuncionales primitivos pero conocidos, porque no se dispone de otro mejor (García, 2008). En ese sentido, las estrategias buscarán reorientar el sentido de la amenaza hacia una gestión más útil de la situación, enfocándose en: a) analizar puntos de vista compartidos con otros; b) estudiar las distintas implicaciones de los supuestos propios en distintas situaciones, complejizando el sistema y ampliando alternativas; y c) analizar la experiencia del otro a través de juegos o experiencias en las que exista evidencia de que se ha errado entendiendo a los demás. Todo esto tiene el fin de complejizar el sistema y entender de manera más ajustada al otro de forma de disminuir la amenaza que se experimenta en lo interpersonal (García & Orellana, 2011).

Creación de una trama narrativa (White, 2007). Se trata de que el niño u adolescente pueda organizar su experiencia vital de tal manera que se apropie de ella, con el objetivo de aumentar su capacidad de agencia. La labor del terapeuta será facilitar el discurso, como medio para expandir su sistema epistemológico o significados de la realidad. Esta intervención se realiza revisando la historia personal y reorganizándola por medio de la conexión sucesiva de excepciones al comportamiento problemático (ej: ¿puedes contarme de algunos momentos en que no te hayas dejado llevar por la rabia?), indagando en recuerdos o evidencias en las que el problema no ha estado presente o ha

sido controlado. La integración progresiva de estos nuevos aspectos al relato contradice la sensación de falta de control en la vida, que está saturada por el problema (García & Orellana, 2011).

Concepción del cambio como desarrollo evolutivo (Villegas, 2003). Se apoya teóricamente en los principios evolutivos en el constructivismo, desde la teoría de Piaget (1983) y Kohlberg (1981). La patología se entiende como una detención en el curso evolutivo o dificultades en la satisfacción de necesidades evolutivas, con intentos de resolución infructuosos y poco adaptativos, por lo que el objetivo es favorecer la reactivación del desarrollo.

En ese sentido y entendiendo la labor del terapeuta como facilitador de significados, se busca por medio de intervenciones tales como la entrevista evolutiva: a) obtener información para determinar la naturaleza del problema en términos evolutivos; y b) expandir el sistema de construcción de significados como base para encontrar soluciones y alternativas que le hagan sentido al paciente; en sus propios términos.

Los temas a tratar no pueden ser determinados y extrapolados a todos los casos, sin embargo, es conveniente que el terapeuta cuente con un guión claro de qué podría ser pertinente preguntar para lograr la emergencia de significados importantes relacionados con el problema, con el objetivo común de ir movilizando la comprensión del sí mismo, las implicaciones de su forma de estar en el mundo y sus conflictos, desarrollar la consideración de comportamientos alternativos, de modo de ampliar la perspectiva desde el egocentrismo a la descentración, incluyendo a los otros como sujetos relevantes como el sí mismo y las reglas necesarias para interactuar en el mundo (García & Orellana, 2011).

Los aportes desde el enfoque del desarrollo para delinear nuevos tratamientos.

Frick (2001) analiza algunos de los tratamientos más estudiados para el trastorno de conducta mostrando algunas de sus limitaciones. Señala que tal como otros autores han mencionado, las estrategias unimodales suelen ser menos efectivas al cambiar la conducta en un o pocos contextos, por ejemplo limitándose a la esfera familiar y educacional, pero sin abarcar el contexto social amplio como las relaciones entre pares

que son un factor de riesgo importante cuando se producen socializaciones negativas. Por otro lado, refiriéndose a lo beneficioso de las estrategias multimodales y su foco contextual, menciona, no obstante, que es complejo que no se consideren las distintas trayectorias del desarrollo del trastorno de conducta sobre todo la subdivisión presentada en este trabajo, respecto a la presencia de rasgos de dureza e insensibilidad afectiva, lo que podría llevar a elaborar tratamientos menos efectivos y poco asertivos referente a las necesidades de cada caso. Siguiendo esta línea, sistematiza los mecanismos causales inherentes a cada subtipo y algunas posibles intervenciones pertinentes. Si bien la recomendación para el tratamiento de este trastorno debe incluir todo el desarrollo y contextos, esta subdivisión orienta en relación a los énfasis que sería conveniente hacer en cada caso.

Las implicancias para intervenciones de Frick (2001) resultan relevantes desde una mirada del desarrollo al trastorno de conducta, si bien en todos los casos se debe trabajar por ejemplo, el desarrollo emocional, el énfasis puede ser distinto en cada caso. Tal como se observa en la Tabla 6, para los casos de TC1 con rasgos DIA el trabajo va dirigido al desarrollo de la empatía, mientras que en el TC1 sin rasgos DIA, el énfasis va puesto en la regulación emocional. Estas implicancias propuestas por el autor, dan cuenta de diferentes necesidades de las distintas trayectorias propuestas y podría ser beneficioso considerarlas en la implementación de las intervenciones, para constituir tratamientos que hagan sentido al niño y aumenten las probabilidades de éxito.

Tabla 6*Formas de desarrollo para el trastorno de conducta e implicancias para su intervención*

Formas del desarrollo para el TC	Características de los niños en las distintas variantes	Potenciales mecanismos causales	Implicaciones hipotéticas para el tratamiento
Tipo adolescente [TC2]	Rebeldía, rechaza las normas y lo tradicional, se asocia con pares desviados.	Exageración del proceso normativo de desarrollo identitario, que lleva a un incremento de los conflictos con la autoridad en la adolescencia.	Uso de intervenciones que promuevan significados más adaptativos del desarrollo de la identidad como un sí mismo autónomo y que insten al contacto con pares y mentores prosociales.
Tipo infantil, primordialmente impulsivo [TC1 s/ DIA]	Altas tasas de TDAH, altos niveles de reactividad emocional, inteligencia verbal disminuida y altos niveles de disfunción familiar.	Múltiples mecanismos causales dirigen a déficits en la respuesta de inhibición y susceptibilidad al enojo, que hace a los niños más propensos a actuar sin pensar en las consecuencias, a menudo en contextos de alta activación emocional.	Uso de intervenciones que reduzcan el comportamiento impulsivo y promuevan el control de la ira, enseñar habilidades para enfrentar esta tendencia (ej: técnicas de resolución de problemas) y se enfoquen en mejorar las prácticas de crianza parental para fomentar el desarrollo de habilidades y ayudar a mantenerlas.
Tipo infantil, con dureza e insensibilidad afectiva [TC1 c/ DIA]	Preferencia por actividades que buscan la emoción y aventura (ej: baja temeridad), menos sensibles a las señales de castigo en relación a las de recompensa. Menos reactivo a estímulos negativos.	Temperamento caracterizado por baja inhibición del comportamiento que puede interferir en el desarrollo de los componentes afectivos de la consciencia y la internalización de las normas parentales y sociales.	Intervenir tempranamente para promover el desarrollo de la empatía e internalización de valores, y usar estrategias motivacionales que aprovechen el estilo de respuesta orientado a la recompensa y apelen al interés propio.

Nota. Adaptado de "Effective interventions for children and adolescents with conduct disorder", por P.J. Frick, 2001, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46(7), p. 601.

Considerar estas diferencias, sumado a un conocimiento de los significados construidos de la realidad por cada niño u adolescente con trastorno de conducta, tal como se pudo observar en la breve exposición del acercamiento terapéutico constructivista en este capítulo, podría ayudar a mejorar el repertorio de intervenciones ya existentes, en cuanto no sólo es pertinente considerar la influencia del ambiente e intervenir los núcleos en los que el niño se mueve, sino también actuar en la esfera individual. No obstante, más que enfocarse en llevar al niño u adolescente a rangos normativos de funcionamiento o centrarse en implementar un repertorio de intervenciones estandarizadas que busquen

desarrollar las mismas habilidades en trayectorias que claramente son diferentes, la intervención individual debe pensarse desde una perspectiva de equilibrio del niño consigo mismo y con su realidad, utilizando como insumo sus propias experiencias, sentimientos y recursos. De esta manera, se busca que el niño forme parte activa del proceso de la resolución del problema, atendiendo sus necesidades de manera más eficaz pero también siendo respetuosos de su idiosincrasia y la forma en que ve el mundo.

Finalmente, como ha aparecido a lo largo de todo este capítulo, pese a que el desarrollo de intervenciones para el trastorno de conducta ha sido fructífero a lo largo de los años, parece seguir siendo un importante desafío el cómo integrar y coordinar el avance de la investigación con las mejoras y perfeccionamiento de las intervenciones para abordar un trastorno que parece definirse cada vez como más heterogéneo y complejo. La superación de esta problemática sólo será posible en tanto los investigadores se mantengan en conocimiento de los avances de la teoría en la clínica y de que a su vez, los clínicos se mantengan siempre actualizados respecto al estado de las investigaciones referente a este trastorno.

La realización de esta investigación teórica obedece a un esfuerzo por fomentar dicho proceso unificado, bajo el firme convencimiento de que el conocimiento y la acción deben funcionar de la manera más sincronizada posible para lograr un mayor y más expedito cambio y alivio en la población con trastorno de conducta y más aun, para aquellos con sus subtipos más agravados como lo son los pertenecientes a la forma de inicio infantil (TC1 con y sin rasgos DIA).

Conclusiones y Discusión

Los altos índices de prevalencia a nivel global y nivel país, han llevado a un continuo esfuerzo, por parte de investigadores, clínicos e instituciones por abordar la problemática del trastorno de conducta de la manera más eficiente posible.

Desde la investigación, esto ha seguido dos líneas principalmente: investigación en factores de riesgo y etiología e investigación en tratamientos, tanto en su desarrollo piloto como en la medida de su efectividad. Pese a que se podría asociar lógicamente, tal vez, el desarrollo de las segundas investigaciones a las primeras, algunos autores han señalado que no es así y que actualmente, el escenario en cuanto a elaboración de tratamientos, no reflejaría un conocimiento acabado del trastorno de conducta (Boxer & Frick, 2008).

Un aspecto preocupante de este fenómeno, según Kazdin (2010) es que al no conocer en profundidad las diferentes trayectorias del desarrollo para el trastorno de conducta (TC), finalmente se terminan construyendo intervenciones estandarizadas que no abarcarían las necesidades de todos los niños y adolescentes con TC. Dentro de esta población, serían justamente aquellos niños que han desarrollado una trayectoria desde temprana edad y con un curso cronificado, los que lentamente han empezado a convertirse en “la tierra de nadie”, es decir, que actualmente no existirían intervenciones enfocadas en las necesidades del subgrupo infantil, en específico, de aquellos que presentan rasgos de dureza e insensibilidad afectiva (DIA) (Frick, 2001). ¿Por qué resulta importante abarcar esta población en específico?, porque diversos estudios han mostrado una mayor frecuencia en su curso hacia trastornos más graves en la vida adulta para los niños y jóvenes que presentan rasgos DIA, entre ellos se encuentran trastornos por abuso de sustancias y el trastorno de personalidad antisocial, con todos los perjuicios que esto implica, tanto para su vida personal como a nivel social (Dandreaux & Frick, 2009; Frick & Viding, 2009).

Lo que los investigadores señalan enfáticamente, es la urgencia en que los avances en el conocimiento del trastorno de conducta, incluyendo por supuesto las caracterizaciones de sus subtipos más específicos, sean incluidos tanto en la investigación diferenciada de la efectividad de los tratamientos ya existentes, en cada trayectoria, —para saber qué de lo que ya hay es pertinente aplicar en cada caso y de qué manera—, así como en el desarrollo de nuevas intervenciones (Moffit et al., 2008).

Por parte de las instituciones, incluidas las chilenas, se ha intentado avanzar continuamente en la aplicación de nuevos programas que sigan las recomendaciones habituales para lograr un tratamiento exitoso en el trastorno de conducta, a saber: generar intervenciones a) integrales; que abarquen todos los aspectos del sujeto y las personas más relevantes con las que se vincula o influyen en su desarrollo, tanto a nivel individual como familiar, social, en la escuela, o comunidad; b) multimodales y eclécticas, que no se encierren en un solo paradigma, sino que incluyan aportes desde diversas vertientes; c) individualizadas, en las cuales la intervención se diseñe en base al desarrollo, trayectoria y necesidades únicas de cada caso; y d) intervención temprana, puesto que a menor edad, probablemente exista una menor acumulación de daño. Esto último, aplica tanto para trastorno confirmado como a un nivel preventivo, en aquellos casos en los que los factores de riesgo indiquen un probable curso hacia trastornos disruptivos, que suelen ser la puerta de entrada a un trastorno de conducta, tales como el trastorno oposicionista desafiante, el déficit atencional u otras características emocionales y/o comportamentales que se estén desviando persistentemente de su curso evolutivo normal.

Entre los tratamientos más estudiados y con eficacia comprobada en investigaciones, encontramos los de tipo unimodal, desde la perspectiva cognitiva conductual principalmente: Entrenamiento Cognitivo para la Resolución de Problemas (PSST) y Entrenamiento de Manejo Parental (PMT). Ambos comparten la dificultad de enfocarse en un sólo aspecto del problema, en el primer caso las habilidades (o dificultades) del niño en el área social y emocional y en el segundo, las habilidades de los padres para socializar a sus hijos. Como bien mencionan los autores, si bien trabajan fuertemente en dos de los factores de riesgo más estables en la predicción del TC, fallan al estandarizar un fenómeno multicausal, por lo que su aplicación individual perdería muchas dimensiones del trastorno, lo cual probablemente esté asociado a resultados variables en su efectividad o que esta sea a corto plazo, siendo la PMT un poco más estable y duradera. En cambio al unificar ambas estrategias y agregar otros estamentos como la escuela, los resultados mejoran, volviéndose de alguna manera más integradora y donde el progreso puede observarse e intervenir en distintos contextos, lo que responde a las recomendaciones generales para intervenir en el TC.

Por otro lado, el segundo grupo de estrategias más usadas y estudiadas corresponden a las más recientes Terapia Funcional Familiar y Terapia Multisistémica. Ambas se posicionan desde el comprender primero, de manera profunda, de dónde surge el

problema, qué lo mantiene, con qué recursos familiares y comunitarios se cuenta, entre otros. Se preocupan, aunque como adelantaba Frick (2001) *no explícitamente*, desde una mirada del desarrollo en la que la individualidad del niño es vista y considerada para adecuar la forma del tratamiento, el cuál además conlleva múltiples intervenciones en distintas áreas.

No obstante, lo que resulta preocupante de estas intervenciones es justamente aquella parte en que no están leyendo el problema, *además* desde una perspectiva evolutiva profunda, considerando las trayectorias descritas por los investigadores y más aún, las diferencias en el modo de entender la realidad de cada una, los mecanismos detrás de la conducta explícita y por ende, perdiendo probablemente en gran medida la dimensión del *cómo* aplicamos la serie de intervenciones específicas para cada diseño de tratamiento. Para eso, es muy importante definir *qué* estamos interviniendo; ¿insensibilidad emocional?, ¿orientación a la recompensa?, ¿angustia en las relaciones sociales y sentimiento de culpa? o por el contrario, ¿indiferencia y ausencia de culpa?. Todas ellas son características del trastorno de conducta, pero de distintas trayectorias. Considerar esto, podría ayudar a entender por qué los enfoques basados en el castigo son menos efectivos o derechamente no funcionan en los niños con rasgos DIA, porque sencillamente, hay insensibilidad a las señales de castigo. ¿Esto inhabilita la PPST por ejemplo, para este subgrupo? Probablemente no, pero sí requiere de una re-estructuración en torno a su forma de aplicación, basada en la comprensión sensible de estos aspectos.

Otro elemento importante a mencionar, es que la mayoría de las intervenciones mencionadas parecen dirigirse principalmente a los mecanismos que parecen más importantes para los niños dentro del grupo de inicio en la infancia que muestran el subtipo sin rasgos de dureza e insensibilidad afectiva o primariamente impulsivo. Esto podría implicar incluso, que la efectividad de estas intervenciones para el subgrupo al que están dirigiéndose en particular podría ser mayor de lo que se sugiere en los estudios de efectividad del tratamiento y por otro lado, lamentablemente, podría implicar que no satisfacen las necesidades de los niños con rasgos de dureza e insensibilidad afectiva (Frick, 2001).

Respecto a este último grupo, sería interesante dirigir la investigación a desarrollar y evaluar tratamientos que incorporen límites estrictos, pero a la vez, recompensas consistentes y que apelen al interés propio del niño, de modo de lograr un mayor

compromiso con el proceso. Por estos aspectos sutiles pero importantes, es que los rasgos de dureza e insensibilidad afectiva deberían ser estudiados como un factor moderador para la respuesta a los tratamientos actuales para el TC (Moffitt et al., 2008).

Llevando estas reflexiones respecto de la intervención en TC a nivel país, se tiene conocimiento de que las estrategias cognitivo-conductuales fueron ampliamente aplicadas, hasta la adopción de las estrategias familiares y multisistémicas a partir del año 2009. No obstante, a casi nueve años de su llegada a Chile, aún son escasos los estudios respecto a la efectividad de la misma en su adaptación nacional, esto probablemente porque aún se encuentra extendiéndose progresivamente a distintas regiones. Los datos obtenidos muestran resultados alentadores, no obstante, desde el propio MINSAL (2005) se reconoce que es prioritario destinar más recursos a la labor investigativa, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo, para profundizar en el conocimiento socio-antropológico, epidemiológico y clínico de esta población, y de esta manera, mejorar los acercamientos psicosociales existentes.

En virtud de lo anterior, esta investigación ha querido aportar al conocimiento y mejora de una de aquellas probables variables que podrían mermar en la obtención de resultados aún más favorables, desde lo estrictamente clínico y basándose en los problemas ya observados por otros investigadores previamente, y en el análisis de las intervenciones más reconocidas a nivel mundial para este trastorno. Esto corresponde, como ya se adelantó, a la actualización respecto a las investigaciones referentes a la caracterización del trastorno de conducta y a la forma en que el mismo se está entendiendo actualmente, entre los clínicos y otros agentes.

Para dicho fin, se requirió utilizar la investigación sobre las vías de desarrollo del trastorno de conducta y tratar de aplicar este conocimiento a la comprensión y tratamiento del mismo. Con este objetivo se elaboró una revisión narrativa comprensiva lo más detallada posible de las trayectorias incluidas en el subtipo de inicio infantil, respondiendo a la urgencia de atender de manera especializada los casos que podrían tomar un curso más desfavorable (Frick, 2001). Esto se realizó bajo una mirada constructivista evolutiva, al ser una teoría pertinente al enfoque del desarrollo, el cual se ha señalado como la forma más conveniente de entender la psicopatología infantil actualmente. Además, se ha escogido esta teoría por el rol protagónico y activo que da al sujeto en el curso de su trastorno y al énfasis que se hace en comprender la forma en que el niño u adolescente lo vive, los

recursos que posee para movilizarse a un cambio, entre otros. Todo lo anterior finalmente aportaría a la necesidad de individualizar el diseño de la intervención para cada paciente. Cabe destacar, que la perspectiva evolutivo constructivista es muy flexible en integrar otras perspectivas como guía para nutrir sus prácticas de intervención y a su vez, por lo mismo, sería fácilmente amoldable a las intervenciones más estudiadas actualmente (Puglisevich, 2014).

El resultado más relevante de esta revisión comprensiva, es en primer lugar visibilizar las claras diferencias entre el grupo de inicio temprano y adolescente, en cuando el TC1 es un proceso transaccional disfuncional temprano que llevaría a vulnerabilidades subyacentes importantes que lo convierten en un trastorno persistente y que se conforma a lo largo del desarrollo. En segundo lugar, visualizar que la investigación ha mostrado diferentes trayectorias dentro del TC1 —con y sin rasgos DIA— y que estas pueden entenderse desde el constructivismo evolutivo, ayudando a comprender cómo se va conformando la realidad para cada uno de ellos, desde un conocimiento profundo de los mecanismos implicados. Sin duda, definir las características y diferencias de cada subtipo, resulta relevante para entender de manera más acabada *qué* tratamos antes de siquiera pensar en *cómo* lo intervendremos.

Un probable uso útil de esta investigación, sería la elaboración de lineamientos psicoterapéuticos desde la teoría constructivista evolutiva que pudieran enriquecer las intervenciones multimodales ya existentes, agregándole aquel énfasis prioritaria y detalladamente evolutivo (además del sistémico y contextual, que ya poseen), que sería necesario para lograr estrategias realmente individualizadas que logren, por tanto, abarcar inclusivamente las diferentes trayectorias que se han documentado hasta la fecha del TC. Así, con un conocimiento base de con qué subtipo se está tratando, poder seleccionar las estrategias pertinentes para atender cada caso. Dicho de otro modo, ayudar a situar al terapeuta desde el *qué* intervenir (basado en las investigaciones actuales) hacia el *cómo* intervenir, considerando las características particulares de cada etapa del desarrollo, para finalizar en el *cuáles*, haciendo una selección consciente y adecuada de las intervenciones disponibles que han mostrado ser eficaces, respetando las recomendaciones generales para su aplicación.

A continuación en la Tabla 7, se presenta de manera resumida en qué lugar podrían ubicarse dichos lineamientos, a la hora de generar un plan de intervención.

Tabla 7*Uso de lineamientos constructivista-evolutivos en el diseño de intervención para el TC*

Qué	Trastorno de Conducta		
<i>Investigación actualizada en TC</i>	De inicio Infantil (TC1) <i>Persistente a lo largo de la vida</i>		De inicio en la adolescencia (TC2) <i>Limitado a etapa</i>
	Con rasgos DIA	Sin rasgos DIA	
Cómo	Comprensión constructivista evolutiva del TC		
<i>Lineamientos psicoterapéuticos constructivista-evolutivos</i>	Significados de la realidad	Caracterización	Funcionamiento
	<i>Cómo lo entiende y vivencia</i>	<i>Cómo es</i>	<i>Cómo se expresa / opera en la realidad</i>
Cuáles	Diseño de intervención Individualizado (Multimodal – Ecléctico)		
<i>Intervenciones más estudiadas con efectividad comprobada</i>	Evaluación de condiciones base en cada contexto para aplicación	Adhesión a recomendaciones generales para efectividad ^a	Elección de estrategias ^b

Nota. TC= Trastorno de conducta. DIA= Dureza e insensibilidad afectiva.

^a Ver recomendaciones en apartado de *Aspectos generales para el tratamiento* en capítulo "Métodos de intervención más estudiados para niños y adolescentes con trastorno de conducta y otros aportes: descripción y análisis"

^b Ver apartado de *Intervenciones terapéuticas más estudiadas para el trastorno de Conducta* en capítulo "Métodos de intervención más estudiados para niños y adolescentes con trastorno de conducta y otros aportes: descripción y análisis".

A partir de esto, se concluye que la perspectiva constructivista tiene mucho que aportar en el diseño y perfeccionamiento de intervenciones para el trastorno de conducta, pero este conocimiento, debe sumarse a otra serie de variables que ayudarían a mejorar el impacto de las intervenciones que ya están siendo aplicadas en Chile y el mundo. Entre estas, resulta sumamente importante fortalecer el rol preventivo de las instituciones ante casos en los que se detecte riesgo o conductas problemáticas tempranas. Para esto, es relevante que los agentes involucrados en los diferentes contextos que el niño se desenvuelve, tales como clínicos, profesores y funcionarios y/o profesionales en general de instituciones infanto-juveniles (SENAME, fundaciones, entre otras), estén lo más capacitados y actualizados que sea posible referente a las características del trastorno, para identificar eficientemente estos casos y además poder guiar pertinentemente las decisiones terapéuticas en cuanto a contenido y modo de acercamiento, a los aspectos

más importantes para iniciar y desarrollar la intervención de manera expedita. De este modo, equilibrando el curso desviado de las distintas áreas del desarrollo en una fase temprana, se podría evitar la incidencia de un trastorno de conducta.

Por otro lado, no debe olvidarse el seguir fortaleciendo la participación de la familia, una debida evaluación de las condiciones de esta y sus relaciones internas, antes de aplicar la intervención y también una adecuada evaluación de sus redes, haciendo un esfuerzo enfático en el compromiso con el tratamiento y el trabajo coordinado, por parte de todos los involucrados, por el bien superior del niño. Este aspecto también implica la capacidad de los profesionales a cargo de reconocer cuándo las necesidades del niño y su familia superan su capacidad de ejercicio o experiencia y ser capaz de realizar las derivaciones a los profesionales y organizaciones pertinentes (Puglisevich, 2014). En este sentido, es sumamente importante una buena comunicación y coordinación entre las distintas instituciones y estamentos, para poder asegurar la calidad de la intervención. Dado que el trabajo clínico-comunitario, parece ser esencial para el éxito de cualquier programa (Boxer & Frick, 2008).

Finalmente, se espera en especial, que se consideren los aportes aquí entregados en cuanto a la comprensión de la trayectoria evolutiva y la forma de entender la realidad, junto con las probables implicancias de esto, en el tratamiento de niños con TC1 con rasgos DIA, en los cuales, al intervenir tempranamente se ha logrado obtener avances y mejoras, disminuyendo cada vez más el mito en relación a la idea de que esta clase de trastorno y en especial, los rasgos de dureza e insensibilidad afectiva que incluso se han estudiado como precursores de la psicopatía adulta, son irreversibles e intratables (Kazdin, 2010).

De este modo, se espera además instar a más psicólogos y especialistas a involucrarse en la quizás, no tan sencilla, pero hermosa labor de restituir el bienestar de una población muchas veces olvidada, evadida y cargada de prejuicios, niños que han sido lastimados y también son reconocidos agresores. Una población que, si bien puede parecer lejana, sin duda se puede comprender si entendemos a estos niños tanto siendo afectados como influyendo en su ambiente y si nos posicionamos ante todo en su propia forma de ver el mundo. De esta forma, respetando su individualidad, se les podrá acompañar en el proceso dignificador de la construcción de una nueva identidad más saludable y adaptativa, donde sean nuevamente personas, con las mismas oportunidades y derechos que todas las demás.

Referencias Bibliográficas

- Aguilera, R. (2014). ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis?. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(6), 359-360. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000600010>
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alexander, J., Barton, C., Gordon, D., Grotzger, J., Hansson, K., Harrison, R., Mears, S., Mihalic, S., Parsons, B., Schulman, S., Waldron, H., Sexton, T., & Pugh, C. (1998). *Blueprints for violence prevention, book three: Functional family therapy*. Boulder: Center for the Study and Prevention of Violence. Recuperado de: <http://www.ncjrs.gov/App/abstractdb/AbstractDBDetails.aspx?id=174196>
- Almonte, C. (2012). Trastornos de expresión conductual: aportes del enfoque sistémico. En C. Almonte, & M. E. Montt, *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (Segunda ed., págs. 412-428). Santiago: Mediterraneo.
- Álvarez, G. (2010). *Guía clínica trastorno disocial de la conducta*. Recuperado de Empresa Social del Estado Hospital Mental de Antioquía: <http://www.homo.gov.co>
- Allen, J., Hauser, S., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 254-263.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition (DSM-5)*.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Oxford: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. En R. Vasta (ed.), *Annals of Child Development*. Greenwich, CT: JAI Press.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4, 1-10.
- Bella, M., Fernández, R., & Willington, J. M. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos argentinos de pediatría*, 108(2), 124-129.
- Berkowitz, L. (1965). The concept of aggressive drive: Some additional considerations. *Advances in experimental social psychology*, 2, 301-329.

- Bernstein, B. (2014). *Conduct Disorder*. Recuperado de Medscape: <http://emedicine.medscape.com/article/918213-overview#a2>
- Bierman, K., & Greenberg, M. (1996). Social skills training in the Fast Track Program. In R. Peters & R.J. McMahon (Eds.). *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency* (pp. 65-89). Thousand Oaks (CA): Sage.
- Blair, J., Mitchell, D., & Blair, K. (2005). *The psychopath*. Blackwell Pub.
- Blueprints. (2012). *Blueprints programs: Who we are*. Obtenido de Blueprints for healthy youth development: <http://www.blueprintsprograms.com/>
- Blueprints. (s.f.). *FUNCTIONAL FAMILY THERAPY (FFT): Detailed evaluation abstract*. Obtenido de Blueprints for Healthy Youth Development: <http://www.blueprintsprograms.com/evaluation-abstract/functional-family-therapy-fft>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation*. Londres: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression*. Londres: Basic Books.
- Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo*. Paidós Ibérica.
- Boxer, P., & Frick, P. (2008). Treating conduct problems, aggression, and antisocial behavior in children and adolescents: An integrated view. In R.G. Steele, T.D. Elkin & M.C. Roberts (Eds.). *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents* (pp. 241-259). Springer US.
- Brennan, K., Clark, C. & Shaver, P. (1998). Self-report measurement of adult attachment. En J. A. Simpson & R. W. Steven (Eds.), *Attachment: Theory and Close relationships* (pp. 46-75). Nueva York: The Guilford Press.
- Bringuier, J. (2004). *Conversaciones con Piaget*. Barcelona: Gedisa S.A.
- Capponi, R. (2006). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Santiago: Universitaria.
- Cardo, E., Casanovas, S., De la Banda, G., & Servera, M. (2008). Signos neurológicos blandos: ¿tienen alguna utilidad en la evaluación y diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 46 (Supl. 1).
- Carreño, N., & Valenzuela, C. (2008). *Trastornos de la Conducta: Influencia Genética y Ambiental*. Artículo no publicado, Magíster en Psicología clínica con niños adolescentes, Universidad de Chile.
- Contini de González, N. (2006). El camino cognitivo. Un recurso para evitar el fracaso escolar. *Fundamentos en humanidades*, 7(1), 107-125.

- Cornell, A., & Frick, P. J. (2007). The moderating effects of parenting styles in the association between behavioral inhibition and parent-reported guilt and empathy in preschool children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 305-318.
- Dandreaux, D., & Frick, P. (2009). Developmental pathways to conduct problems: A further test of the childhood and adolescent-onset distinction. *Journal of abnormal child psychology*, 37(3), 375.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological bulletin*, 113(3), 487.
- De Hernández, C. (1979). La epistemología de Piaget. *Revista de Filosofía de la Universidad de Costa Rica*, XVII(46), 147-160.
- De la Barra, F. (2007). Avances y controversias en el diagnóstico y tratamiento de la conducta agresiva en niños y adolescentes. *Rev. Soc. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc*, 18(2), 13-24.
- De la Barra, F. (2009). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(4), 303-314. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000400007&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-92272009000400007.
- De la Peña, F. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *salud pública de méxico*, 45(1), 124-131.
- De la Peña, F., & Palacios, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud mental*, 34(5), 421-427.
- Díaz-Aguado, M. J., & Medrano, C. (1994). *Educación y razonamiento moral*. Bilbao: Mensajero.
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O., & Sears, R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven: Yale University Press.
- Edens, J., Campbell, J., & Weir, J. (2007). Youth psychopathy and criminal recidivism: A meta-analysis of the psychopathy checklist measures. *Law and human behavior*, 31(1), 53-75.
- Egaña, V. & Valenzuela, C. (2008) Programas de Prevención para Trastornos de la Conducta y Comportamiento Agresivo: Enfoque, factores de riesgo y efectividad. En M. George, N. González & C. Leyton (eds.). *Cuaderno de Trabajo N°1 Programa Magíster Psicología Clínica Infanto-Juvenil Universidad de Chile* (pp. 68-84).

- Fairchild, G., Van Goozen, S., Stollery, S., Brown, J., Gardiner, J., Herbert, J., & Goodyer, I. (2008). Cortisol diurnal rhythm and stress reactivity in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder. *Biological Psychiatry, 64* (7), 559-606.
- Fergusson, D., Lynskey, M., & Horwood, L. (1996). Factors associated with continuity and changes in disruptive behavior patterns between childhood and adolescence. *Journal of abnormal child psychology, 24*(5), 533-553.
- Forgatch, M. & Patterson, G. (2010). Parent Management Training—Oregon Model: An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents, 2*, 159-178.
- Fraley, R. (2002). Attachment Stability From Infancy to Adulthood: Meta-Analysis and Dynamic Modeling of Developmental Mechanisms. *Personality and Social Psychology Review (6)*, 2, 123-151.
- Frick, P. (2001). Effective interventions for children and adolescents with conduct disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry, 46*(7), 597-608.
- Frick, P. (2006). Developmental pathways to conduct disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 15*, 311-331.
- Frick, P., Bodin, S., & Barry, C. (2000). Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic-referred samples of children: Further development of the Psychopathy Screening Device. *Psychological Assessment, 12*, 382–393.
- Frick, P., Cornell, A., Barry, C., Bodin, S., & Dane, H. (2003). Callous-unemotional traits and conduct problems in the prediction of conduct problem severity, aggression, and self-report of delinquency. *Journal of abnormal child psychology, 31*(4), 457-470.
- Frick, P., Cornell, A., Bodin, S., Dane, H., Barry, C., & Loney, B.. (2003). Callous-unemotional traits and developmental pathways to severe conduct problems. *Developmental psychology, 39*(2), 246.
- Frick, P., & Ellis, M. (1999). Callous-unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clinical child and family psychology review, 2*(3), 149-168.
- Frick, P., Kimonis, E., Dandreaux, D., & Farell, J. (2003). The 4 year stability of psychopathic traits in non-referred youth. *Behavioral Sciences & the Law, 21*(6), 713-736.
- Frick, P., & Loney, B. (1999). Outcomes of children and adolescents with oppositional defiant disorder and conduct disorder. In *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 507-524). Springer US.
- Frick, P., & Morris, A. (2004). Temperament and developmental pathways to conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(1), 54-68.

- Frick, P., & Viding, E. (2009). Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Development and psychopathology*, 21(04), 1111-1131.
- Frick, P., & White, S. (2008). Research review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 359-375.
- Furman, W., & Giberson, R. (1995). Identifying the links between parents and their children's sibling relationships. En S. Shulman (Ed.), *Close relationship and socioemotional development* (pp. 95-108). Norwood, NJ: Aplex.
- García, J. (2008). La conciencia del otro: agresores y víctimas desde una perspectiva constructivista. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 361-378.
- García, J., & Orellana, M. (2011). "Si alguien escuchara lo que no sé contar": trastorno de conducta y agresividad en la infancia: técnicas de intervención desde una perspectiva constructivista. *Apuntes de Psicología*, 29(2), 259-278.
- García, R. (2012). Epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes. En C. Almonte, & M. E. Montt, *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (Segunda ed., págs. 161-179). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Gobierno de Chile. (2015). *¿Qué es el Programa 24 Horas?* Santiago de Chile: SENAME.
- González, N. (2011). *Psicopatología evolutiva desde la perspectiva constructivista Piagetiana, en adolescentes de 14 y 15 años*. Tesis de Magíster, Universidad de Chile, Santiago, Chile. Disponible en <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/105890>
- González, N. (2015) *La equilibración de las estructuras cognitivas* [diapositivas de PowerPoint]. Cátedra de Fundamentos Epistemológicos en Psicoterapia Infanto-Juvenil: Psicoterapia Constructivista Cognitiva, Universidad de Chile.
- Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso*. España: Paidós.
- Guidano, V., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Harrington, R., & Maskey, S. (2008). Behaviour disorders in children and adolescents. *Medicine*, 36 (9), 482-485.
- Hawes, D., & Dadds, M. (2005). The treatment of conduct problems in children with callous-unemotional traits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 737-741.
- Heaven, P., Newbury, K., & Mak, A. (2004). The impact of adolescent and parental characteristics on adolescent levels of delinquency and depression. *Personality and Individual Differences*, 36, 173-185.

- Hoffman, M. (1982). The measurement of empathy. In C. E. Izard (Ed.), *Measuring emotions in infants and children* (pp. 279-296). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Hoffman, M. (1987). The contribution of empathy to justice and moral judgment. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 47-80). New York: Cambridge University Press.
- Hoffman, L., Paris, S., & Hall, E. (1995). *Psicología del desarrollo hoy* (Vol. I). España: McGraw-Hill Interamericana.
- Humayun, S., & Scott, S. (2015). Evidence-based interventions for violent behavior in children and adolescents. In *Violence and Mental Health* (pp. 391-419). Springer Netherlands.
- Ivey, A. (1990). *Developmental Therapy*. San Francisco, Estados Unidos: Jossey-Bass Publishers.
- Jiménez, M. (2009). *Estilos Educativos Parentales y su implicación en diferentes trastornos*. Obtenido de Portal de la Junta de Andalucía: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/bfbb12cc-abc8-489e-8876-dd5de0551052>
- Justicia, F., Benítez, J., Pichardo, M., Fernández, E., García, T., & Fernández, M. (2006). Aproximación a un nuevo modelo explicativo del comportamiento antisocial. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 4 (9), pp: 130-151.
- Kaminer, Y. (1999). Addictive disorders in adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(2), 275-288.
- Kazdin, A. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence* (2nd ed.). California: Sage.
- Kazdin, A. (1997) Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2):161–178.
- Kazdin, A. (2010) Psychosocial treatments for conduct disorder in children and adolescents. In P.E. Nathan & J.M. Gorman (Eds.) *A Guide to Treatments that Work* (3rd ed., pp 57-80). New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A., & Rogers, A. (1985). *Management of Children's behavior Scale*. Pittsburgh, PA: Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh School of Medicine.
- Kazdin, A., Siegel, T., & 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(5), 733.

- Kegan R. (1982). *The evolving self, problem and process in human development*. EEUU: Harvard University Press.
- Kegan, R. (1986). The child behind the mask: Sociopathy as a developmental delay. En W. Reid, D. Door, J. Walker & J. Bonner, *Unmasking the psychopath*. New York: Norton.
- Kegan, R. (1994). *The evolving self*. USA: Harvard University Press.
- Kernberg, P., Weiner, A., & Bardenstein, K. (2002). *Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes*. México: El Manual Moderno.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Kendall, P., Reber, M., McLeer, S., Epps, J., & Ronan, K. (1990). Cognitive-behavioral treatment of conduct-disordered children. *Cognitive therapy and research*, 14(3), 279-297.
- Kochanska, G. (1993). Toward a synthesis of parental socialization and child temperament in early development of conscience. *Child development*, 64(2), 325-347.
- Kochanska, G., Gross, J., Lin, M., & Nichols, K. (2002). Guilt in young children: Development, determinants, and relations with a broader system of standards. *Child development*, 73(2), 461-482.
- Kohlberg, L. (1981). *The philosophy of moral development*. San Francisco: Harper and Raw Publishers.
- Krueger, R., Markon, K., Patrick, C., Benning, S., & Kramer, M. (2007). Linking antisocial behavior, substance use, and personality: An integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(4), 645-666.
- Lautray, J. (1985). *Clase social, medio familiar e inteligencia*. Madrid: Visor Libros Infancia y Aprendizaje.
- Loeber, R., & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48, 371-410.
- Lopera, F. (1991). Signos "blandos" en la evolución neuropsicológica del niño con dificultades en el aprendizaje escolar. En D. Pineda, & A. Ardila, *Trastornos del Lenguaje. Neuropsicología*. Medellín: Prensa Creativa.
- López, F. (2006). Apego: estabilidad y cambio a lo largo del ciclo vital. *Infancia y aprendizaje*, 29(1), 9-23.

- López, V. (2007). La Inteligencia Social: Aportes Desde su Estudio en Niños y Adolescente con Altas Capacidades Cognitivas. *Psykhe (Santiago)*, 16(2), 17-28.
- López, F., Etchebarria, I., Fuentes, M. & Ortiz, M. (1999). *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide.
- Lynam, D., Moffitt, T., & Stouthamer-Loeber, M. (1993). Explaining the relation between IQ and delinquency: class, race, test motivation, school failure or self-control? *Journal of Abnormal Psychology*, 102, pp. 187-196.
- Lyons-Ruth, K., Alpern, L., & Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development*, 64, 572- – 585.
- Lytton, H. (1990). Child and parent effects in boys' conduct disorder: A reinterpretation. *Developmental Psychology*, 26(5), 683-697.
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P.H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology: formerly Carmichael's Manual of child psychology*.
- Maguin, E., & Loeber, R. (1996). Academic performance and delinquency. En: M. Tonry & D. P. Farrington [Eds.], *Crime and justice*, (pp. 145-264). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 237.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as - disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Maturana, A. (2007). Adolescentes infractores de la ley y consumo de drogas: una realidad en Chile. *Medwave*, VII(8).
- Miller, G., & Prinz, R. (1990). Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorder. *Psychological Bulletin*, 108 (2), 291-307.
- Miller-Lewis, L., Baghurst, P., Sawyer, M., Prior, M., Clark, J., Arney, F., & Carbone, J. (2006). Early Childhood Externalizing Behaviour Problems: Child, Parenting, and Family-related Predictors Over Time. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 891-906.

- Ministerio de Salud. (2007). *Atención de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales Usuarios del Servicio Nacional de Menores*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e518399a8cbccae04001011f013167.pdf>
- Moffitt, T. (1993). Adolescent-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674–701.
- Moffitt, T. (2003). Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A 10-year research review and research agenda. En B.B. Lahey, T.E. Moffitt, y A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp. 49-75). New York: The Guildford Press.
- Moffitt, T. (2006). Life-course persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*, 2nd ed., Vol. 3. Risk, disorder, and adaptation (pp.570–598). New York: Wiley.
- Moffitt, T., Arseneault, L., Jaffee, S., Kim-Cohen, J., Koenen, K., Odgers, C., & Viding, E. (2008). Research Review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(1), 3-33.
- Moffitt, T., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and psychopathology*, 14(01), 179-207.
- Molinuevo, B. (2014). Trastorno disocial y DSM-5: cambios y nuevos retos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 53-57.
- National Institute for Clinical Excellence. (2013). Antisocial Behaviour and Conduct Disorders in Children and Young People: Recognition, Intervention and Management. *Public Health Guidance*, 158.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2010). *Antisocial Personality Disorder: Treatment, Management and Prevention*. NICE Clinical Guidelines, No. 77. Leicester (UK): British Psychological Society.
- Neimeyer, G., & Neimeyer, R. (1996). Definición de los límites de la evaluación constructivista. En Neimeyer G. *La evaluación constructivista*, (pp.11-37). Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Olfson, M., Gameroff, M., Marcus, S., Greenberg, T., & Shaffer, D. (2005). National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *American Journal of Psychiatry*, 162(7), 1328-1335.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. J.J. López Ibor (Ed.). Madrid: Meditor.

- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS
- Ortiz, M., Sepúlveda, R., & Viano, C. (2005). *Análisis de los programas de prevención dirigidos a jóvenes infractores de ley*. Santiago: Universidad de Chile, Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana. Recuperado de https://www.cesc.uchile.cl/publicaciones/se_11_ortizsepulviano.pdf
- Pardini, D., Lochman, J., & Frick, P. (2003). Callous/unemotional traits and social-cognitive processes in adjudicated youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 364-371.
- Pardini, D., Lochman, J., & Powell, N. (2007). The development of callous-unemotional traits and antisocial behavior in children: Are there shared and/or unique predictors?. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 319-333.
- Patrick, C. (2007). Getting to the Heart of Psychopathy. In H.Herves & J.C. Yuille (Eds.), *The Psychopath: Theory, Research, and Practice* (pp 207-252). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Patterson, G. (1982). *Coercitive Family Process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. (2002). The early developmental of coercitive family process. En J. B. Reid, G. R. Patterson y J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: Developmental theories and models for intervention* (pp. 25-44). Washington, DC: American Psychological Association.
- Patterson, G., Reid, J., & Dishion, T. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Penado, M., Andreu, J. M., & Peña, E. (2014). Agresividad reactiva, proactiva y mixta: análisis de los factores de riesgo individual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 24(1), 37-42.
- Piaget, J. (1973). *Psicología y epistemología*. Barcelona: Ariel.
- Piaget, J. (1981). *Biología y Conocimiento*. Madrid: Ed. Siglo XXI.
- Piaget, J. (1983). *Seis Estudios de Psicología*. Barcelona, España: Ariel.
- Piaget, J. (1990). *La equilibración de las estructuras cognitivas, problema central del desarrollo*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Pitts, T. (1997). Reduced heart rate levels in aggressive children. In *Biosocial bases of violence* (pp. 317-320). Springer US.

- Puerta, I., Martínez-Gómez, J., y Pineda D. (2002). Prevalencia del retraso mental en adolescentes con trastorno disocial de la conducta. *Revista de Neurología*, 35 (11), 1014-1018.
- Puglisevich, J. (2014). *Trastornos del espectro autista: Consideraciones evolutivas y lineamientos psicoterapéuticos desde el enfoque constructivista evolutivo con base en modelos actuales de intervención*. Tesis de Pregrado, Universidad de Chile, Santiago, Chile. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/135467>
- Raine, A., Dodge, K., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, C., Stouthamer-Loeber, M., & Liu, J. (2006). The reactive–proactive aggression questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggressive behavior*, 32(2), 159-171.
- Rey Anacona, C. (2010) *Trastorno disocial: Evaluación, tratamiento y prevención de la conducta antisocial en niños y adolescentes*. Bogotá: Manual Moderno.
- Rey-Anaconda, C., Paitán-Ávila, L., & Monguí-Merchán, Z. (2014). Diferencias neuropsicológicas, biográficas, psicológicas, familiares y comunitarias, entre adolescentes con y sin trastorno disocial. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 31(2), 275-295. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272014000200006&lng=es&tlng=es
- Rioseco, P., Vicente, B., Saldivia, S., Cova, F., Melipillán, R., & Rubi, P. (2009). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley: Estudio caso-control. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(3), 190-200.
- Ronen, T. (2003). *Cognitive-constructivist psychotherapy with children and adolescents*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Rosen H. (1996). Meaning making narratives. En H. Rosen & K. Kuehlwein (Eds.), *Constructing realities*. San Francisco, Estados Unidos: Jossey Blass Publishers.
- Rother, E. (2007). Systematic literature review X narrative review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), v-vi.
- Royo, P. (2004). Aspectos evolutivos de las estrategias sociales. *Revista PULSO*, (27), 25-47.
- Rutter, M. (1980). *Scientific foundations of developmental psychiatry*. London: Heinemann Medical Books.
- Rutter, M., Giller, H., & Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people*. New York: Cambridge University Press.
- Rychlak, J. (1988). *Personalidad y Psicoterapia*. México: Ed. Trillas.

- Salekin, R. (2008). Psychopathy and recidivism from mid-adolescence to young adulthood: cumulating legal problems and limiting life opportunities. *Journal of abnormal psychology, 117*(2), 386.
- Sánchez, C., & García, J. (2008). Un caso de terapia constructivista-sistémica con un delincuente institucionalizado. *Apuntes de Psicología, 26*(2), 379-392.
- Santostefano, S. (1991). Coordinating Outer Space with Inner Self: Reflections on Developmental Psychopathology. En Keating D. & Rosen H. *Constructivist Perspectives on Developmental Psychopathology and Atypical Development*. (p. 11-40). EEUU: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Scott, S. (2007). Conduct disorders in children. *BMJ: British Medical Journal, 334*(7595), 646.
- Selman, R. (1980): *The growth of interpersonal understanding*. New York: Academic Press.
- Selman, R., & Schultz, L. (1988). Interpersonal thought and action in the case of a troubled early adolescent: toward a developmental model of the gap. En S. Shirk (Ed.), *Cognitive developmental and child psychoterapy*. New York: Plenum.
- Servicio Nacional de Menores. (2010). *Programa Piloto de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes provenientes del Programa de Seguridad Integrada: 24 Horas*. Recuperado de http://www.sename.gov.cl/wsename/licitaciones/p3_9-04-2010/Bases%20T%C3%A9cnicas%20OPD%20-%20PSI%2024%20Horas.doc
- Sepúlveda, M. G. (1997). Desarrollo psicológico del niño y del adolescente: Enfoque cognitivo, estructural y evolutivo. *Boletín Sociedad de psiquiatría y neurología de la Infancia y adolescencia, 2*, 28-49.
- Sepúlveda, M. G. (2001). *Autonomía moral y solidaridad: complementación de las metas del desarrollo de las Teorías Cognitivo-Evolutivas desde Habermas y Apel, Ricoeur y Arendt*. Tesis de Doctorado en Filosofía no publicada, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Sepúlveda, M. G. (2002) *Texto guía del curso: Psicoterapia constructivista evolutiva en niños y adolescentes*. Magister en psicología, mención clínica infanto-juvenil. Departamento de Psicología, Universidad de Chile.
- Sepúlveda, M. G. (2006). Desarrollo psicológico en la edad juvenil: construcción de la identidad personal hacia la autonomía. En M. Valdivia & M. Condeza (Eds.), *Psiquiatría del adolescente*, (pp. 19-36). Santiago: Mediterráneo.
- Sepúlveda, M.G. (2008). Perspectiva constructivista evolutiva en psicología clínica infanto juvenil. En A. Kaulino y A. Stecher (Eds.), *Cartografía de la psicología contemporánea*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.

- Sepúlveda, M.G. (2012). Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes: Enfoque cognitivo constructivista. En C. Almonte, & M. Montt (eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 709-722). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Sepúlveda, M.G. (2013). *Psicoterapia Evolutiva con niños y adolescentes*. Santiago: Ed. Mediterráneo.
- Sepúlveda, M.G., & Capella, C. (2012). Desarrollo psicológico del escolar y sus trastornos: lo evolutivo y lo psicopatológico. En C. Almonte, & M. E. Montt, *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (Segunda ed., pp. 33-47). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Scheepers, F., Buitelaar, J., & Matthys, W. (2011). Conduct disorder and the specifier callous and unemotional traits in the DSM-5. *European child & adolescent psychiatry*, 20(2), 89-93.
- Sibcy, G. (2001). Adult attachment styles and psychopathology in a clinical sample. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences y Engineering*, 61.
- Silverthorn, P., Frick, P., & Reynolds, R. (2001). Timing of onset and correlates of severe conduct problems in adjudicated girls and boys. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 23(3), 171-181.
- Soares, I., & Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International journal of clinical and health psychology*, 7(1).
- Southam-Gerow, M., & Kendall, P. (2002). Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical psychology review*, 22(2), 189-222.
- Spivak, G. & Shure, M. (1974). *Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real-life problems*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Spivak, G. & Shure, M. (1976). *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Spivak, G., & Shure, M. (1978). *Problem-solving techniques in child-rearing*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sroufe, L., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child development*, 55, 17-29.
- Stacy, D. (2008). *Conduct Disorder: Definition, Statistics, Parental Role and Intervention*. Recuperado el 15 de Abril de 2016, de Boston Counseling Therapy:

<http://thriveboston.com/counseling/conduct-disorder-definition-statistics-parental-role-and-intervention/>

Stattin, H., & Klackenber-Larsson, I. (1993). Early language and intelligence development and their relationship to future criminal behaviour. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (3), pp. 369-378. Doi:10.1037/0021-843X.102.3.369

Subsecretaría de Prevención del Delito. (2015). *Programa 24 Horas*. Recuperado de <http://www.seguridadpublica.gov.cl/programa-24-horas/>.

Subsecretaría de Prevención del Delito. (2016). *Informe Final: Estudio de género y factores de riesgo socio-delictual en el Programa de Atención Integral Familiar (PAIF) 24 horas*. Recuperado de http://www.seguridadpublica.gov.cl/media/2015/04/Informe-Final_Estudio-G%C3%A9nero-PAIF-24-horas_VCF_12Abril-1.pdf

Thompson, R. (1998). Early Sociopersonality Development. En W. Damon (Ed.), *Handbook of Child Psychology. Vol. III: Social, Emotional and Personality Development* (pp. 25-104). Nueva York: John Wiley.

Torío, S., Peña, J., & Rodríguez, M. (2009). Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la Educación*, 20, 16.

Trujillo, N., y Pineda, D. (2008). Función ejecutiva en la investigación de los trastornos del comportamiento del niño y del adolescente. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8 (1), 77-94.

Urazán, G. (2011). *Funciones cognitivas en niños y niñas con trastorno disocial comparados con niños y niñas sin el trastorno*. Tesis de Magíster, Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia. Disponible en http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/2000/1/Funciones_cognoscitivas_ni%C3%B1os_ni%C3%B1as%20_Urazan_2011.pdf

Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista médica de Chile*, 140(4), 447-457.

Villar, P., Luengo, M., Gómez, J., & Romero, E. (2003). Una propuesta de evaluación de variables familiares en la prevención de la conducta problema en la adolescencia. *Psicothema*, 15 (4), 581-588.

Wahler, R., & Dumas, J. (1986). Maintenance factors in coercive mother child interactions: The compliance and predictability hypotheses. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 19(1), 13-22.

Wenar, C. (1994). *Developmental psychopathology, from infancy through adolescence*. Estados Unidos: Ed. Mac Graw Hill

Winter, D. (2003). A credulous approach to violence and homicide. En J. Horley (Ed.), *Personal Construct Perspectives on Forensic Psychology* (págs.15-54). Nueva York: Brunner-Routledge