

TRABAJO FIN DE MÁSTER

CURSO 2021/2022

Propuestas de intervención escolar en estudiantes con
diagnóstico clínico de trastorno de la conducta y
trastorno negativista desafiante: una revisión
sistemática

Alumno/a: **Álvaro Pérez Moratinos**Tutor/a: **Cristóbal del Campo Ponz**

Modalidad: Revisión bibliográfica

Especialidad: Orientación Educativa

Máster Universitario en Formación del Profesorado de Educación Secundaria
Obligatoria, Bachillerato, Formación Profesional, Enseñanza de Idiomas y
Enseñanzas Deportivas

UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID

Resumen

Los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta son un grupo de trastornos caracterizados por patrones de conducta o actitudes desafiantes, impulsivas e incluso agresivas. Estos síntomas, llevan, a quienes los padecen, a no respetar los derechos de los demás o las normas y reglas establecidas. Incluimos en este trabajo dos de ellos, el trastorno de la conducta y el trastorno negativista desafiante, debido a su temprana aparición, así como a sus graves efectos sobre el desarrollo escolar, personal y social en el estudiante.

El objetivo principal de este trabajo es el de encontrar intervenciones escolares eficaces para reducir el impacto que causan estos dos trastornos en el aula y en el desarrollo escolar, personal y social del estudiante. Para ello, ponemos en marcha un procedimiento de búsqueda bibliográfica que incluya investigaciones de corte empírico que analicen los resultados de diversas intervenciones escolares. De todas ellas, se seleccionan dos, Fast Track Program e Incredible Years Program, ya que ambas demuestran una elevada eficacia en la reducción del comportamiento disruptivo, en la mejora de las habilidades emocionales, en el incremento de la satisfacción social y en la prevención de comorbilidades futuras en estudiantes escolarizados.

Aunque las intervenciones revisadas son eficaces en el control de estos trastornos durante todo el desarrollo cuando se inician de forma temprana, es aún escasa la literatura que afirma que estos programas mostrarán también eficacia durante la adolescencia cuando se les da inicio en la etapa de secundaria.

Palabras clave: intervención escolar; conducta disruptiva; Fast Track Program; Incredible Years Program

Abstract

Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders are a group of mental disorders characterized by behavior patterns or defiant, impulsive, and even aggressive attitudes. People who suffer from these symptoms often do not respect the others rights, and established norms or rules. Two of them are included in this research, conduct disorder and oppositional defiant disorder, due to their early emergence, as well as their serious effects on school, personal and social students development.

The main goal of this work is to find effective school based interventions to reduce the impact caused by these two disorders in the classroom and in school, personal and social students development. To get this, we carry out a bibliographic search procedure that includes empirical research that analyze the results of several school based interventions. Two of them are selected, Fast Track Program and Incredible Years Program, because both of them demonstrate high efficacy in reducing disruptive behavior, improving emotional skills, increasing social well-being and preventing future comorbidities in school students.

Even though reviewed interventions show effectiveness in controlling the symptoms of these disorders throughout all development when they are started early, there is still limited literature supporting that these programs are effective when they are launched along high school.

Keywords: school based intervention; disruptive behavior; Fast Track Program; Incredible Years Program

Índice

Introducción	5
Revisión documental	9
<i>Criterios diagnósticos.....</i>	<i>9</i>
<i>Clasificaciones</i>	<i>11</i>
<i>Modelos explicativos y líneas de investigación</i>	<i>14</i>
<i>Efectos negativos en el estudiante y en el aula</i>	<i>18</i>
Metodología	20
<i>Objetivos.....</i>	<i>20</i>
<i>Procedimiento de búsqueda bibliográfica</i>	<i>22</i>
Resultados	26
<i>Fast Track Program</i>	<i>27</i>
<i>Incredible Years Program</i>	<i>33</i>
Discusión	38
Conclusiones.....	45
Referencias bibliográficas.....	46

Introducción

Los trastornos destructivos, del control de impulsos y de la conducta son un grupo de trastornos caracterizados por patrones de conducta o actitudes desafiantes, impulsivas e incluso agresivas. Estos síntomas, llevan, a quienes los padecen, a no respetar los derechos de los demás o las normas y reglas establecidas. Este estudio trata de analizar en profundidad el trastorno de conducta y el trastorno negativista desafiante, dos de los diagnósticos de este grupo que más afectan a niños y adolescentes escolarizados (American Psychiatric Association, 2013), tratando de recopilar toda aquella información relevante sobre estrategias de intervención escolar, eficaces para reducir el impacto negativo que tienen estos trastornos sobre el desarrollo académico, personal y social del estudiante.

En referencia al primero, el trastorno de la conducta (conduct disorder o CD, por sus siglas en inglés, y en adelante) es un trastorno psiquiátrico que habitualmente aparece durante la niñez y la adolescencia, y se define por un patrón generalizado de conductas agresivas y antisociales, tales como engaños, robos, violaciones graves de las normas y destrucciones de las propiedades de otros (American Psychiatric Association, 2000; como se citó en Zhang et al., 2018). Así mismo, en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) se define el CD como “un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros y las normas o reglas sociales propias de la edad”. (American Psychiatric Association, 2013, p. 246). El CD tiene una prevalencia general no demasiado alta, que oscila entre el 0.3 y el 0.8% (Park et al., 2014; Coughlan et al., 2014; Paula et al., 2014; como se citó en Salmanian et al., 2020), suele afectar en una mayor proporción a hombres que a mujeres, y generalmente registra una mayor incidencia durante la adolescencia que durante la infancia (Salmanian et al., 2020).

Por su parte, el trastorno negativista desafiante (TND, en adelante) tal y como lo define la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, en adelante) es un patrón persistente de estado de ánimo enojado o irritable, comportamientos desobedientes y hostiles hacia figuras de autoridad, y/o conductas vengativas (American Psychiatric Association 2013; como se citó en Demmer et al., 2017). La

prevalencia global del TND se estima entre el 1.4 y el 12.3%, y afecta a una mayor proporción de hombres que de mujeres, con una relación de 10 a 1 durante la infancia y de 5 a 1 durante la adolescencia respectivamente. (Demmer et al., 2017). Los síntomas del mismo habitualmente aparecen en edades preescolares, y el diagnóstico suele producirse entre los 6 y los 13 años de edad (Kessler et al., 2005; como se citó en Demmer et al., 2017).

La razón principal para la elección de ambos diagnósticos para esta revisión sistemática tiene su fundamento principal tanto en su temprana aparición, que se corresponde con etapas de escolarización en educación primaria y secundaria, como en sus graves efectos en el desarrollo escolar y personal del individuo. En este sentido, investigaciones como la de Kyranides et al. (2017) advierten que los rasgos insensibles y no emocionales (Callous-Unemotional, o CU, por sus siglas en inglés) presentes en ambos diagnósticos, tienden a seguir una trayectoria de desarrollo bastante estable a lo largo de la vida (Frick et al., 2014; como se citó en Kyranides et al., 2017), y las intervenciones tempranas, como las que se pueden desarrollar desde los centros educativos, pueden ser decisivas para establecer una dirección más adaptativa de todos estos problemas de comportamiento en edades posteriores (CPPRG, 2011; Dodge et al., 2013; Greenberg y Kusche, 1998; como se citó en Kyranides et al., 2017).

Se advierte también, que la ausencia de intervenciones tempranas en este tipo de trastornos puede dar lugar a una gran variedad de efectos negativos en el desarrollo personal y social, tales como disfunciones en la interacción familiar, abuso de sustancias, conductas delictivas y problemas legales, empeoramiento de la salud física general, entre otros; pero también en la esfera educativa, fundamentalmente abandono escolar temprano, conflictos con los compañeros de clase y bajo rendimiento académico (Greene et al., 2002; como se citó en Demmer et al., 2017; Burke y Loeber, 2010; Drabick, Ollendick y Bubier, 2010; Lavigne et al., 2001; como se citó en Lavigne et al., 2017; Simonoff et al., 2004; como se citó en Moore et al., 2017; Burke et al., 2005; Stringaris et al., 2014; como se citó en Déry et al., 2017; Salmanian et al., 2017). En este sentido, y aprovechando la coincidencia temporal entre los primeros síntomas y la escolarización de quienes los padecen, parece pertinente llevar a cabo una revisión de todas aquellas intervenciones

educativas que se han mostrado eficaces para disminuir tanto el impacto negativo inmediato, como las consecuencias a largo plazo que tienen estos trastornos sobre el desarrollo personal, educativo y social de estos estudiantes.

La segunda de las razones, también de naturaleza preventiva, se fundamenta en la importante evidencia que respalda la existencia de una fuerte relación entre los trastornos externalizantes del comportamiento, como lo son el CD y el TND, con una gran variedad de patologías psiquiátricas en la edad adulta. En este sentido, Nock et al. (2006) informa que el CD se asocia con diagnósticos como el trastorno bipolar, el trastorno depresivo mayor (TDM), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y la distimia, entre otros (Nock et al., 2006; como se citó en Salmanian et al., 2020), mientras que otras investigaciones como la de Zhang et al., (2018) consideran que este tipo de diagnósticos son claros precursores de algunos de los más graves trastornos de la personalidad, como lo es el trastorno antisocial.

Este último, en concreto, parece tener efectos realmente preocupantes durante la vida adulta, tales como: desatención a la seguridad propia y ajena, irresponsabilidad laboral y económica, ausencia de remordimiento posterior a conductas gravemente nocivas para los demás, incumplimiento de normas legales que son motivo de detención, agresión física directa, entre otros; y está, así mismo relacionado con otros diagnósticos graves como los trastornos adictivos y otros trastornos de la personalidad, como lo son el esquizoide y el paranoide (APA, 2013).

Además, se afirma que la aparición de conductas disruptivas durante la infancia predice una psicopatología de mayor gravedad durante la edad adulta que de originarse durante la adolescencia (Moffitt y Caspi, 2001; Silverthorn y Frick, 1999; como se citó en Demmer et al., 2017). Es por ello que algunos subtipos como lo es el trastorno negativista desafiante subumbral (oppositional defiant disorder subthreshold, o ST ODD, por sus siglas en inglés), una variedad de TND que no cumple todos los criterios diagnósticos y que tiene una elevada prevalencia durante la infancia (19 a 25%) merecen una especial atención por parte de los docentes y profesionales de la salud mental (De la Osa et al., 2019). Así mismo, diferentes investigadores advierten de la importancia de tomar seriamente en cuenta la

aparición de síntomas o conductas disruptivas durante la infancia y adolescencia y, consecuentemente, diseñar y poner en marcha programas de prevención e intervención, que serán fundamentales para reducir de manera drástica la probabilidad de desarrollar otros trastornos más graves durante la edad adulta (Moffitt et al., 2011; como se citó en Kyranides et al., 2019; Lavigne et al., 2019; Salmanian et al., 2020).

Por último, parece oportuno hacer referencia a un tercer diagnóstico, el trastorno explosivo intermitente, con características muy similares a los dos anteriores y también incluido en el grupo “trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta”. En este sentido, el trastorno explosivo intermitente (intermittent explosive disorder, o IED por sus siglas en inglés y en adelante) y según lo define la APA se caracteriza por “arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad” (APA, 2013, pp. 244-245) y que incluyen conductas de agresión verbal y física hacia personas o animales, pero también comportamientos que provocan daños o destrucción de la propiedad (APA, 2013).

Este trastorno afecta a niños desde los 6 años y tiene graves repercusiones en su desarrollo, así como también genera una importante desadaptación en el ámbito educativo. Como ocurre también con el CD y el TND, el IED se manifiesta a través de conductas externalizantes caracterizadas por un bajo control emocional, dificultades en las relaciones interpersonales, e incumplimiento de las normas y reglas establecidas. Sin embargo, en este caso, adquieren una mayor relevancia las dificultades en la regulación emocional y la impulsividad, dado que no existen intenciones premeditadas por parte del sujeto de hacer daño a otras personas, animales, o a sus propiedades (APA, 2013).

La razón única para la no inclusión del IED en esta revisión sistemática tiene su fundamento en la escasez de literatura científica que haya demostrado intervenciones escolares eficaces para el control de los síntomas de este trastorno. Si bien parece razonable inferir que, basándonos en la similaridad entre este diagnóstico con los dos anteriores, aquellas intervenciones eficaces para los primeros podrían también serlo para este último, no se puede asegurar este hecho

con un nivel aceptable de confianza, por lo que se ha decidido excluir de este trabajo. Sin embargo, y tal como explica la APA, el IED provoca un elevado nivel de sufrimiento y desadaptación tanto a los niños y adolescentes que lo padecen, como a quienes les rodean en su vida personal y académica (APA, 2013), por lo que parece realmente necesario invertir esfuerzos investigadores con el objetivo de demostrar intervenciones educativas eficaces, ya sea poniendo a prueba las que se utilizan para el TND o el CD y observando si los resultados se mantienen estables también para el IED, o bien proponiendo nuevos enfoques de intervención.

Revisión documental

Criterios diagnósticos

Con la finalidad de definir las características específicas, así como las similitudes y diferencias más notorias entre el CD y el TND, acudimos a la revisión de los criterios que utiliza uno de los manuales de diagnóstico clínico más utilizados en salud mental en todo el mundo, esto es, el DSM (elaborado por la APA), en concreto y para este estudio, su quinta versión, la más reciente. Sin embargo, también existen otros instrumentos que han demostrado capacidad diagnóstica, específica para los trastornos que se abordan en este trabajo, tales como la entrevista K-SADS-PL (Kiddie-Schedule for Affective Disorders & Schizophrenia, Present & Lifetime Version), con un alto nivel de fiabilidad y validez para la evaluación de trastornos de la conducta (Salmanian et al., 2020) o algunos algoritmos entrenados mediante aprendizaje supervisado ("Machine Learning" o ML), esto es, redes neuronales artificiales capaces de discernir, con elevada precisión, si las imágenes cerebrales de un sujeto se corresponden con un diagnóstico de trastorno de la conducta o, por el contrario, pertenecen a individuos sanos (Zhang et al., 2018).

En primer lugar, y centrándonos de nuevo en el DSM-V, la APA establece que un individuo con CD frecuentemente ejerce la crueldad física o lleva a cabo agresiones contra personas o animales, utilizando el acoso, la amenaza, la intimidación e incluso la violación, lleva a cabo robos, con o sin enfrentamiento, de

manera frecuente y suele hacer uso de armas, tales como cuchillos y botellas rotas, entre otras; y que pueden provocar serios daños a terceros. Los niños o adolescentes con CD incumplen sistemáticamente las normas impuestas por sus padres, cuidadores o profesores, y en ocasiones generan daños en propiedades ajenas, a veces mediante uso del fuego, pero no siempre. Así mismo algunos de ellos presentan emociones prosociales limitadas, tales como: falta de remordimiento o culpabilidad ante las consecuencias negativas de sus acciones, falta de empatía o insensibilidad a las emociones de otros, inexpresividad emocional en la interacción social (afecto superficial o deficiente) y despreocupación por su rendimiento en la escuela, trabajo u otras actividades importantes e inhibición del esfuerzo para alcanzar un buen rendimiento en las mismas (APA, 2013; Erskine et al., 2014; como se citó en Salmanian et al., 2020).

Por otro lado, se considera que un individuo que padece un TND habitualmente presenta un estado emocional enfadado o irritable, ya que, frecuentemente, se molesta con facilidad y pierde la calma; de forma sistemática exhibe un patrón de desafío a las figuras de autoridad, mostrando resistencia a la satisfacción de los requerimientos de los demás y culpando a otros de sus errores o mal comportamiento; y con frecuencia siente rencor que demuestra mediante comportamientos vengativos (APA, 2013).

Como se observa, ambos trastornos comparten un patrón de inobediencia a las normas y a las figuras de autoridad y conductas que pueden ser dañinas u ofensivas para quienes les rodean. Sin embargo, se advierten importantes diferencias entre ellos. Esto es, los individuos con CD ponen en marcha una variedad de comportamientos con consecuencias muy graves debido a que son insensibles a las emociones de los demás, mecanismo que, de lo contrario, inhibiría gran parte de estas conductas. Además, su desapego afectivo en la interacción social impide que desplieguen esfuerzos que dependen en gran medida del reforzamiento social, ante el que parecen mostrarse indiferentes. Sin embargo, los niños y adolescentes que padecen un TND no muestran tan bajo nivel de emocionalidad, y por tanto la explicación a su comportamiento se fundamenta en la hipersensibilidad a las críticas o demandas de otros, que elicitán una serie de emociones negativas, tales como irritabilidad y necesidad de venganza, y que se

materializan en el desafío constante a la autoridad (quienes habitualmente les imponen demandas o critican) y en el rencor que bien pueden canalizar hacia estos últimos o utilizando un “chivo espiatorio” (culpando a otros de sus errores, por ejemplo).

Por otro lado, es necesario considerar también como factor diferencial el nivel de internalización-externalización de ambos (síntomas conductuales-emocionales o cognitivos). En este sentido, parece que las manifestaciones del CD se exhiben casi totalmente en el plano conductual-externalizado, es decir, no predominarían síntomas emocionales o cognitivos, como ocurre en aquellos que padecen un TND, ya que estos segundos exhibirían una serie de procesos emocionales internos, tales como irritabilidad o enfado ante las críticas y vengatividad, y que darían cuenta de sus comportamientos desafiantes consecuentes. Con todo ello, la gravedad de las conductas de unos y otros sería también diferente (mayores en el CD que en el TND), probablemente debido a la mediación de la empatía y la emocionalidad en los segundos, de forma antagónica a los primeros.

Clasificaciones

De toda la literatura revisada para este trabajo hemos encontrado variedad de clasificaciones y subclasificaciones tanto para el CD como para el TND, tales como aquellas que agrupan estos dos trastornos junto al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), dentro de un mismo grupo denominado “trastornos del comportamiento disruptivo” (DBD o “Disruptive Behavior Disorders”, por sus siglas en inglés) (Zhang et al., 2018), así como otras que establecen subcategorías para diferenciar entre TND que cumplen todos los criterios diagnósticos, de aquellos otros cuadros incompletos (TND subumbrales).

Sin embargo, hemos escogido solamente 3 de ellas, ya que son, con diferencia, las más completas y que mayor reconocimiento reciben entre la comunidad científica sobre esta temática. Estas son, la “clasificación de curso de vida persistente vs limitado a la adolescencia del comportamiento antisocial” de Terrie Moffitt, la “clasificación de CD basada en rasgos insensibles y no emocionales” de la APA y, por último, la “clasificación del TND de 2 vs 3 factores” de

Burke et al. (Moffitt, 1993; como se citó en Moore et al., 2017; APA, 2013; como se citó en Pauli et al., 2021; Burke et al., 2005; como se citó en Lavigne et al., 2017).

En referencia a la primera, Terrie Moffitt, psicóloga clínica estadounidense, propuso en el año 1993 la teoría del curso de vida persistente vs limitado a la adolescencia. Este enfoque, con una elevada repercusión en la comunidad científica, defiende que existen dos tipos de comportamiento antisocial, aquel cuyos síntomas aparecen durante la infancia y se extienden durante toda la vida (life course persistent o LCP, en adelante) y aquel otro cuyas manifestaciones aparecen a partir de la adolescencia (adolescence limited o AL, en adelante) y remiten cuando el individuo entra en la edad adulta. De acuerdo con la teoría de Moffitt, el comportamiento antisocial LCP se diferencia del AL en su etiología, centrada más en factores genéticos en el primero y ambientales en el segundo, pero también en sus efectos y consecuencias, mucho más graves en el primero que en el segundo, así como en su prevalencia global (1.1 y 4.8% para LCP y AL respectivamente) (Moore et al., 2017). La clasificación del comportamiento antisocial de Moffitt se ha extendido tanto desde su publicación, que actualmente es utilizada como criterio clasificatorio en el DSM-V para diferenciar el trastorno de la conducta de inicio en la infancia del de inicio en la adolescencia (APA, 2013).

En segundo lugar, la APA, en su manual de diagnóstico clínico DSM-V, clasifica a los CD a partir de la presencia/ausencia de emociones prosociales limitadas, lo que la gran parte de literatura científica denomina como rasgos insensibles y no emocionales (Callous-Unemotional o CU, por sus siglas en inglés, y en adelante) (APA, 2013; Fanti et al., 2008; Frick et al., 2005; Checkley, 1976; como se citó en Pauli et al., 2021). De esta manera se han diferenciado dos subtipos de trastorno de la conducta en función de los niveles de CU que presenta el individuo: por un lado, aquellos CD con un alto nivel de CU (“high callous-unemotional conduct disorder” o HCU CD, por sus siglas en inglés, y en adelante), y aquellos otros con un bajo nivel de estos rasgos (“low callous-unemotional conduct disorder” o LCU CD, por sus siglas en inglés, y en adelante).

En este sentido, algunos estudios como el de Fanti et al. (2008) consideran que aquellos niños o adolescentes con HCU CD tienen un perfil afectivo y conductual mucho más “antisocial” que los que presentan un LCU CD, y por tanto el nivel de disruptividad, desadaptación y peligrosidad de las conductas de los primeros es muy superior al que pueden exhibir los segundos (Fanti et al., 2008; como se citó en Pauli et al., 2021). En esta línea, es importante señalar el trabajo de Pauli et al. (2021) que buscaban dificultades en el reconocimiento de emociones faciales en niños y adolescentes con CD, encontrando que los individuos HCU CD tenían una menor capacidad para identificar emociones de alta intensidad, particularmente, el miedo y la tristeza, en comparación con sujetos LCU CD y de desarrollo típico (TD, por sus siglas en inglés). En base a todo ello se considera el nivel de CU como un indicador de alta validez para conocer la severidad del trastorno de la conducta (Checkley, 1976; como se citó en Pauli et al., 2021).

En tercer lugar, y en relación con el TND, algunos autores como Burke et al. (2005) y Lavigne et al. (2015) encuentran que la clasificación de este trastorno basada en 3 factores (estado de ánimo irritable, comportamiento desafiante, y vengativo) parece una estructura apropiada sólo para describir el TND adolescente. Sin embargo, demuestran que una disposición basada en 2 factores (estado de ánimo irritable y comportamiento desafiante), y por la que se excluye la vengatividad, define de manera mucho más precisa las características del TND infantil (Burke et al., 2005; Lavigne et al., 2015; como se citó en Lavigne et al., 2017). En este sentido, esta subclasificación nos permite desplegar 2 categorías distintas, el TND adolescente o vengativo y el infantil o no vengativo. Estos hallazgos van en la línea de De la Osa et al., (2019), quienes afirman que durante la infancia se presenta como muy prevalente (del 19 al 25%) un subtipo de TND que no cumple todos los criterios diagnósticos, el ST ODD, probablemente debido a que los niños con este tipo de características no cumplen, en muchos casos, el criterio de vengatividad que exige el DSM-V para diagnosticar este trastorno.

Por último, parece relevante hacer mención a la clasificación que la LOMLOE establece para estos dos diagnósticos. En este sentido, si bien no se hace referencia a ninguno de los dos específicamente, el artículo 73 denominado “Ámbito” agrupa en la categoría de alumnos con necesidades educativas especiales

o ACNEE a todos aquellos alumnos que presentan dificultades relativas a la presencia, participación o aprendizaje derivadas de discapacidades, trastornos graves de la conducta o de la comunicación y el lenguaje (Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación).

De esta manera queda a disposición de los responsables de la evaluación psicopedagógica, en cada caso, decidir si un alumno con CD o TND muestra un comportamiento lo suficientemente disruptivo como para justificar su categorización en este grupo y los consecuentes apoyos o atenciones educativas específicas que garanticen la correcta consecución de los objetivos de aprendizaje fijados para cada etapa (LOMLOE, 2020). Sin embargo, parece recomendable que los criterios que determinen la inclusión de un estudiante con problemas de conducta en el grupo ACNEE sean lo suficientemente representativos como para considerar no sólo la disruptividad externalizada de un niño o adolescente con CD, sino también el elevado nivel de sufrimiento internalizado y de desadaptación emocional que presentan aquellos otros con un diagnóstico de TND.

Modelos explicativos y líneas de investigación

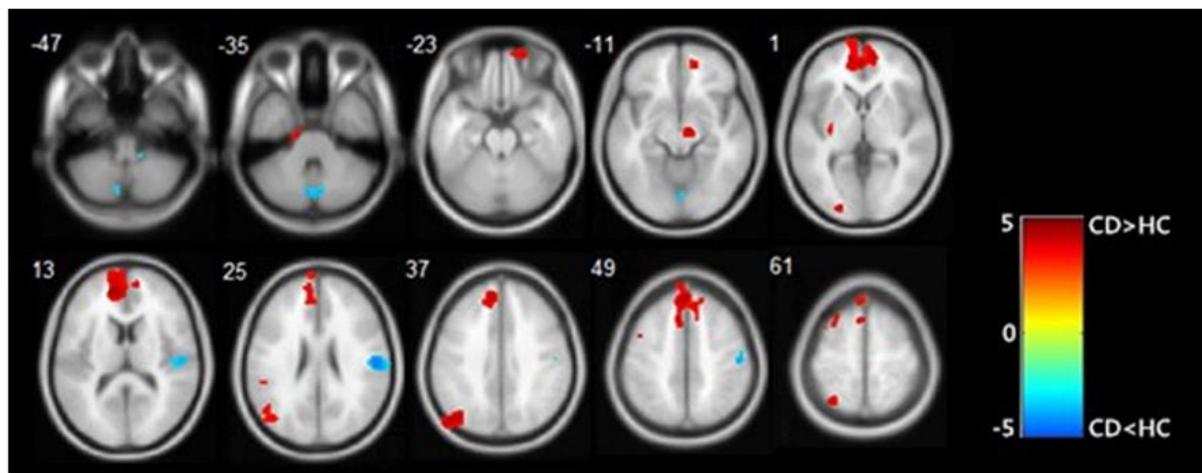
Actualmente, existen variedad de modelos explicativos que desde diferentes campos de conocimiento tratan de dar respuesta a cuestiones tan importantes como la etiología y mantenimiento de trastornos como el CD y el TND, así como sus diferentes características y manifestaciones. En este trabajo, y tras un análisis en profundidad de todas aquellas propuestas y hallazgos explicativos sobre ambos diagnósticos, parece oportuno clasificarlas en dos grupos evidenciales claramente diferenciados: por un lado, los enfoques biologicistas, que dan cuenta de la importancia de la genética, las hormonas, así como de aquellas estructuras y circuitos cerebrales en la aparición y manifestación de diferentes tipos de emociones, cogniciones y comportamientos; y por otro, los modelos ambientalistas, que evidencian cómo ciertas variables en el desarrollo del niño, como el tipo de crianza, el nivel socioeconómico familiar, o determinados estresores pueden facilitar el desarrollo de alguno de estos trastornos.

Comenzando por el primero de estos dos enfoques, acudimos, en primer lugar, a la investigación de Zhang et al. (2018), quienes trataban de encontrar diferencias en el volumen de sustancia gris (formada fundamentalmente por somas neuronales o neuronas) en diferentes regiones cerebrales entre sujetos sanos y con CD. Para ello, este equipo de investigadores utilizó técnicas de neuroimagen tales como la tomografía computarizada (TC), la tomografía por emisión de positrones (TEP), así como técnicas de resonancia magnética, como la estructural (RMN) o la funcional (RMNf), las cuales les permitieron evaluar la actividad cerebral de toda la muestra.

Con todo ello, Zhang y su equipo encontraron diferencias significativas en áreas y estructuras como la ínsula, circunvolución lingual, cerebelo, corteza somatosensorial, precúneo y corteza cingulada anterior (la figura 1 muestra estas apreciaciones). En este sentido, y tal y como demuestran diversos estudios neuropsicológicos, la ínsula parece controlar funciones tales como la agresividad y el procesamiento emocional (Sterzer et al., 2007; Fairchild et al., 2011; como se citó en Zhang et al., 2018), el precúneo aquellas relacionadas con el pensamiento autorreferencial y egocéntrico (Dalwani et al., 2011; como se citó en Zhang et al., 2018), mientras que la corteza cingulada anterior juega un papel fundamental en la regulación emocional y el comportamiento cognitivo (Anderson et al., 1999; Dalwani et al., 2011; como se citó en Zhang et al., 2018). Las diferencias en todas estas áreas darían cuenta de muchas de las características del CD tales como: dificultades en el procesamiento de información emocional, patrones de pensamiento autorreferencial y egocéntrico exacerbados o exhibición de conductas antisociales y/o agresivas.

Figura 1.

Regiones con volúmenes de sustancia gris alterados en sujetos con CD



Nota. El grupo CD muestra áreas cerebrales con un menor volumen de sustancia gris (en azul) y otras con un mayor volumen (en rojo) que el grupo control (sanos).
Fuente: Zhang et al. (2018)

A las investigaciones sobre correlatos región-función como la de Zhang et al., se suman otras como las de Caspi et al. (2002) y Lahey et al. (2011) quienes afirman que las conductas disruptivas propias de trastornos como el CD o el TND están relacionadas con algunos genes que regulan el comportamiento de enzimas tales como la monoamina oxidasa A (MAOA) o proteínas como el transportador de dopamina (DAT1), ambas con funciones importantes a nivel de sistema nervioso central (Caspi et al., 2002; Lahey et al., 2011; como se citó en Demmer et al., 2017). Por último, y aludiendo a la relevancia explicativa de las hormonas en este tipo de conductas, la línea de investigación de Eme (2007), quien estudia los efectos en niñas de la hiperplasia suprarrenal congénita, un trastorno que expone al feto a elevados niveles de andrógenos en el útero, da cuenta de cómo la influencia de algunas hormonas masculinas (andrógenos), tales como la testosterona o la androsterona, aumenta la probabilidad de desarrollar problemas de conducta (relación agresividad/disruptividad - andrógenos/testosterona ya demostrada en investigaciones previas); ya que, según informa el autor, la prevalencia de este tipo de comportamiento entre las afectadas es muy superior al encontrado en población general femenina (Eme, 2007; como se citó en Demmer et al., 2017).

Por otro lado, y haciendo ahora alusión al enfoque ambientalista, se han destacado diferentes factores que han demostrado tener una importante influencia en el desarrollo de características específicas de los trastornos que abordamos en este trabajo. En este sentido, algunas investigaciones como la de Dimitry (2010) o Salmanian et al. (2017) que analizaban la prevalencia del CD utilizando muestras de participantes de Oriente Medio, región compuesta por países como Afganistán, Irán, Israel y Palestina, entre otros, informan de una incidencia muy superior de este trastorno entre los niños y adolescentes, en comparación con poblaciones occidentales. Estos autores explican que estas diferencias pueden ser probablemente debidas a la influencia de ciertos entornos altamente estresantes como lo son los previamente mencionados, en los que predomina el terrorismo y la guerra, y que pueden aumentar la incidencia de CD en poblaciones jóvenes (Dimitry, 2012; como se citó en Salmanian et al., 2017; Salmanian et al., 2017).

En esta misma línea, otras investigaciones que analizan variables familiares informan de que los comportamientos antisociales propios del CD pueden estar influenciados por entornos infantiles estresantes, o denominados también de “adversidad psicosocial”, caracterizados por bajos niveles socioeconómicos, estilos parentales basados en la disciplina severa e insuficiente apoyo o lejanía extrema de los padres en la crianza durante la infancia. En concreto Moore et al. (2017) informan de que estos tres factores aumentarían las probabilidades de presentar un comportamiento antisocial persistente (LCP según la clasificación de Terrie Moffitt) en 3.5, 2.5 y 2.2 veces respectivamente. Estos autores proponen que la influencia en el desarrollo de este tipo de conductas se fundamenta en la interacción gen-ambiente, tanto por la herencia directa, como por la promoción de un ambiente infantil adverso, que así mismo refleja una predisposición genética, en los padres, para la manifestación de conductas antisociales (lejanía o desatención parental y disciplina severa, entre otras) (Moore et al., 2017). En esta misma línea, y en relación al TND, Lavigne et al. (2017) informan que un apego menos seguro entre el niño y su figura materna primaria (similar al bajo apoyo o lejanía parental descrita por los autores anteriores) es un factor con un efecto moderadamente predictivo de los síntomas que caracterizan a este trastorno durante la infancia y años posteriores.

Concluyendo, los diversos modelos y líneas de investigación informan de la importante influencia que diferentes factores tienen sobre el desarrollo de los síntomas del CD y el TND. Lo que no queda claro aún, es el peso que podría tener la genética y la biología vs el ambiente en la aparición y manifestación de estos problemas. Pero lo que sí sabemos es que ambos diagnósticos se encuentran influenciados por múltiples variables de diferente naturaleza, por lo que un determinismo biológico o ambiental estricto no conduciría en ningún caso a una comprensión realmente holística y profunda de este tipo de problemáticas, y consecuentemente, parecería que los abordajes de evaluación e intervención interdisciplinar (psiquiatría, psicología y docencia) serían los más recomendados.

Efectos negativos en el estudiante y en el aula

Aunque desde el campo de la salud mental se informa de que los efectos o consecuencias de un trastorno dependen mucho no sólo del diagnóstico y su gravedad, sino de las características psicológicas de quienes lo padecen y de las herramientas con las que cuentan tanto estos, como su entorno para enfrentar adaptativamente este tipo de problemas, actualmente, y desde diferentes enfoques, se informa de una variedad de resultados negativos a corto, medio y largo plazo que son comunes en la mayor parte de los trastornos de la conducta disruptiva y que merecen una especial atención. Con ello, se han descrito tanto efectos inmediatos, así como consecuencias a largo plazo a las cuales, denominamos en este trabajo como comorbilidades (mayor probabilidad de padecer ciertos trastornos mentales cuando ya previamente se cuenta con un diagnóstico).

En primer lugar, en referencia a los efectos inmediatos, diferentes estudios como los de Munkvold et al. (2011), McClelland et al. (2009) y Lavigne et al. (2012) han demostrado graves consecuencias en niños y adolescentes con TND, tales como problemas en la regulación emocional vinculados a dificultades para alcanzar un adecuado rendimiento académico, malas relaciones sociales con los compañeros o amigos y bajo apoyo social por parte de estos, conflictos familiares, alta utilización de servicios de salud mental, entre otras (Munkvold et al., 2011; McClelland et al., 2009; Lavigne et al., 2012; como se citó en Lavigne et al., 2017). Por su parte, el CD

parece presentar efectos más graves, tales como comportamientos delictivos y problemas con la legalidad, abuso de sustancias, comportamientos lesivos y autolesivos, abandono escolar temprano y de nuevo, dificultades en la interacción social, que llevan a quien lo padece a exhibir comportamientos antisociales con sus compañeros de escuela y consecuentemente a recibir un importante rechazo social (Salmanian et al., 2020; Salmanian et al., 2017; Demmer et al., 2017; Lavigne et al., 2017; Déry et al., 2017).

En segundo lugar, y en referencia a las comorbilidades, ambos diagnósticos están estrechamente relacionados con otros trastornos como los trastornos de la personalidad (especialmente el antisocial), dependencia de alcohol y drogas, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastornos depresivos y de ansiedad, tales como el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), obsesivo-compulsivo (TOC) y trastorno depresivo mayor (TDM), entre otros. Si bien, aunque a ambos se les relaciona con diagnósticos similares, la realidad es que la psicopatología más internalizante del TND, predispone en mayor medida a quienes lo padecen, a sufrir otros trastornos también de naturaleza internalizante, específicamente problemas de ansiedad y depresión; sin embargo el CD, de características más externalizantes, está relacionado así mismo con patologías con este mismo perfil, como lo es el trastorno antisocial de la personalidad o los trastornos por abuso y dependencia de sustancias (Salmanian et al., 2020; Salmanian et al., 2017; Déry et al., 2017).

En conclusión y ante esta variedad de resultados negativos, tanto las investigaciones revisadas como las propuestas legislativas que rigen en España en el campo educativo (actualmente, LOMLOE) coinciden en un aspecto que resulta fundamental para el abordaje de estas problemáticas, y es la detección e intervención temprana de las mismas.

En este sentido, la LOMLOE, en su modificación del artículo 74 (“Ámbito”), propone que los procedimientos de identificación y valoración de las necesidades educativas del alumnado (como las que presentan los niños y adolescentes con estos diagnósticos) sean realizadas lo más tempranamente posible, y continúa, en su artículo 75 (“Inclusión educativa, social y laboral”), estableciendo la necesidad de

adaptar las ofertas formativas a las necesidades de estos estudiantes, para garantizar su inclusión en el sistema educativo, social y laboral (LOMLOE 2020)

Con todo ello, se insiste de manera general en la necesidad de poner en marcha programas e intervenciones eficaces durante etapas de escolarización, que serán vitales para mejorar la calidad de vida de estos estudiantes y establecer un curso mucho más optimista de su desarrollo escolar, personal y social (Salmanian et al., 2017; Moore et al., 2017; Lavigne et al., 2017; Pauli et al., 2021).

Metodología

Objetivos

Con todo lo descrito anteriormente este trabajo de revisión sistemática trata de dar respuesta a las siguientes preguntas: “¿Qué intervenciones escolares se han demostrado eficaces para reducir el impacto negativo de las manifestaciones del CD y el TND en el aula, y en el desarrollo educativo, personal y social del niño o adolescente que los padece?” y “¿Qué intervenciones escolares han mostrado eficacia para prevenir la aparición de otros trastornos relacionados con el CD o el TND?”. Como se puede observar, ambas cuestiones se encuentran estrechamente relacionadas, ya que, si como docentes somos capaces de reducir los efectos negativos de tales trastornos, es lógico pensar que también se reduzca la probabilidad de comorbilidades. Sin embargo, es necesario poder encontrar evidencias sólidas que hayan analizado concretamente esto último, para poder afirmarlo con seguridad.

Consecuentemente, y en base a nuestras preguntas de investigación, exponemos a continuación los objetivos de este trabajo de revisión sistemática:

- *Objetivos generales:*

- 1) Llevar a cabo un análisis de todas aquellas intervenciones escolares que se han mostrado eficaces para reducir el impacto negativo que el TND y el CD causan en el aula y en el desarrollo escolar, personal y social del estudiante.
- 2) Encontrar evidencia sólida que respalde la eficacia de estas mismas intervenciones, u otras, para reducir la probabilidad, en aquellos estudiantes ya diagnosticados con CD o TND, de padecer otros trastornos mentales durante su desarrollo o edad adulta.

- *Objetivos específicos:*

- 1) Identificar propuestas de intervención escolar con eficacia para reducir la incidencia de conductas disruptivas en el aula.
- 2) Encontrar enfoques de intervención escolar eficaces para mejorar la satisfacción en las relaciones sociales de estos estudiantes y de aquellos con los que interactúan.
- 3) Presentar estrategias de intervención eficaces para incrementar la empatía o la sensibilidad emocional hacia el otro.
- 4) Identificar propuestas de intervención con eficacia para reducir el número de ocasiones en las que el estudiante manifiesta una intensa irritabilidad.

Procedimiento de búsqueda bibliográfica

Con todo lo anterior, pasamos a describir el proceso de búsqueda bibliográfica utilizado, en esta revisión sistemática, para acceder a toda aquella literatura científica pertinente referente a las definiciones y características, modelos explicativos y efectos negativos de los trastornos abordados, así como de las estrategias de intervención eficaces para alcanzar los objetivos previamente planteados.

Para acceder a toda la información se han utilizado dos frases de búsqueda diferentes: 1) (“Oppositional defiant disorder” OR “Conduct disorder”) AND (Prevalence OR Classification OR School OR “Explanatory model” OR “Negative effects”) y 2) (“Oppositional defiant disorder” OR “Conduct disorder”) AND (“School based intervention” OR “Incredible Years Program” OR “Fast Track Program”). Ambas se aplicaron en el motor de búsqueda de 3 bases de datos diferentes: PsycINFO, Medline y Psychology and Behavioral Sciences Collection. A todas ellas se accedió a través de la biblioteca CRAI Dulce Chacón de la Universidad Europea de Madrid, en concreto, ingresando desde el apartado “Catálogo del CRAI” – “Información digital con texto completo”.

La razón por la que se utilizaron dos frases de búsqueda diferentes tiene su fundamento en la necesidad de recoger, por un lado, información sobre ciertos aspectos más generales, tales como las definiciones de los trastornos analizados, su prevalencia, modelos explicativos, etc. que se desarrollan en la revisión documental ya expuesta (frase de búsqueda 1), y por otro, toda aquella, más específica, referente a programas de intervención escolar eficaces para reducir el impacto negativo de ambos trastornos en el aula, y en el desarrollo escolar, personal y social del estudiante (frase de búsqueda 2) y que se materializa en los resultados de investigación de este trabajo.

Así mismo, también se han utilizado criterios de inclusión diferentes en función de la frase de búsqueda. Para la primera de estas, se ha filtrado por año de publicación (a partir del 2013) e idioma (inglés), ya que para analizar ciertas variables como, por ejemplo, la prevalencia de estos trastornos, es fundamental

contar con datos lo más actualizados posibles. La razón por la que sólo hemos elegido estudios en inglés tiene su fundamento en la escasez de literatura relevante en otros idiomas. Para la segunda, hemos ampliado el filtro del año de publicación hasta el 2010 (artículos publicados desde 2010 a la actualidad), ya que desde esta fecha hasta el año 2013, hemos encontrado una importante cantidad de literatura con elevada relevancia para esta revisión. Para este segundo caso, se ha filtrado también por metodología (incluidos sólo aquellos estudios de metodología empírica) ya que, son estos los que mayor información aportan en relación a los efectos de los programas de intervención analizados, ya que los testean directamente sobre muestras de participantes.

Por último, se han incluido, tanto para el primero como para el segundo caso, algunos estudios encontrados a través de búsqueda manual, esto es, externos a las bases de datos y buscados de manera específica. Algunos de ellos no cumplen los criterios de inclusión previamente mencionados, sin embargo, se les da cabida porque aportan información imprescindible para la descripción de las variables analizadas, tales como el contexto legislativo sobre educación en España, definiciones y características de los trastornos expuestos, y peculiaridades de los programas de intervención encontrados, y que no quedan representados en la literatura científica encontrada a través de las bases de datos. En las tablas 1 y 2 se presentan los criterios de inclusión para la primera y segunda búsqueda respectivamente. La figura 1, un diagrama de flujo, expresa el procedimiento de búsqueda bibliográfica para esta revisión sistemática.

Tabla 1.*Crterios de inclusión para la frase de búsqueda 1*

("Oppositional defiant disorder" OR "Conduct disorder") AND (Prevalence OR Classification OR "Explanatory model" OR School OR "Negative effects")

	Publicaciones totales	Publicaciones a partir del 2013	Publicaciones en inglés	Publicaciones relevantes*	Publicaciones elegidas**
PsycINFO	2154	934	893	10	10
Medline	1929	1004	980	4	0
Psychology and Behavioral Sciences Collection	786	341	341	2	0
Búsqueda Manual***					2
Total					12

* Relevancia establecida a partir de la lectura del abstract o resumen de la publicación

** Publicaciones finalmente elegidas tras lectura del artículo completo

*** Publicaciones con información fundamental para la revisión, encontradas de forma manual (externas a las bases de datos)

Nota. Fuente: Elaboración propia

Tabla 2.

Criterios de inclusión para la frase de búsqueda 2

("Oppositional defiant disorder" OR "Conduct disorder") AND ("School based intervention" OR "Incredible Years Program" OR "Fast Track Program")

	Publicaciones totales	Publicaciones a partir del 2010	Publicaciones en inglés y español	Publicaciones relevantes*	Publicaciones con metodología empírica**	Publicaciones elegidas***
PsycINFO	71	50	48	16	8	8
Medline	17	11	11	2	1	1
Psychology and Behavioral Sciences Collection	6	3	3	0	0	0
Búsqueda Manual****						4
Total						13

* Relevancia establecida a partir de la lectura del abstract o resumen de la publicación

** Estudios de investigación que analizan datos extraídos directamente de muestras de participantes

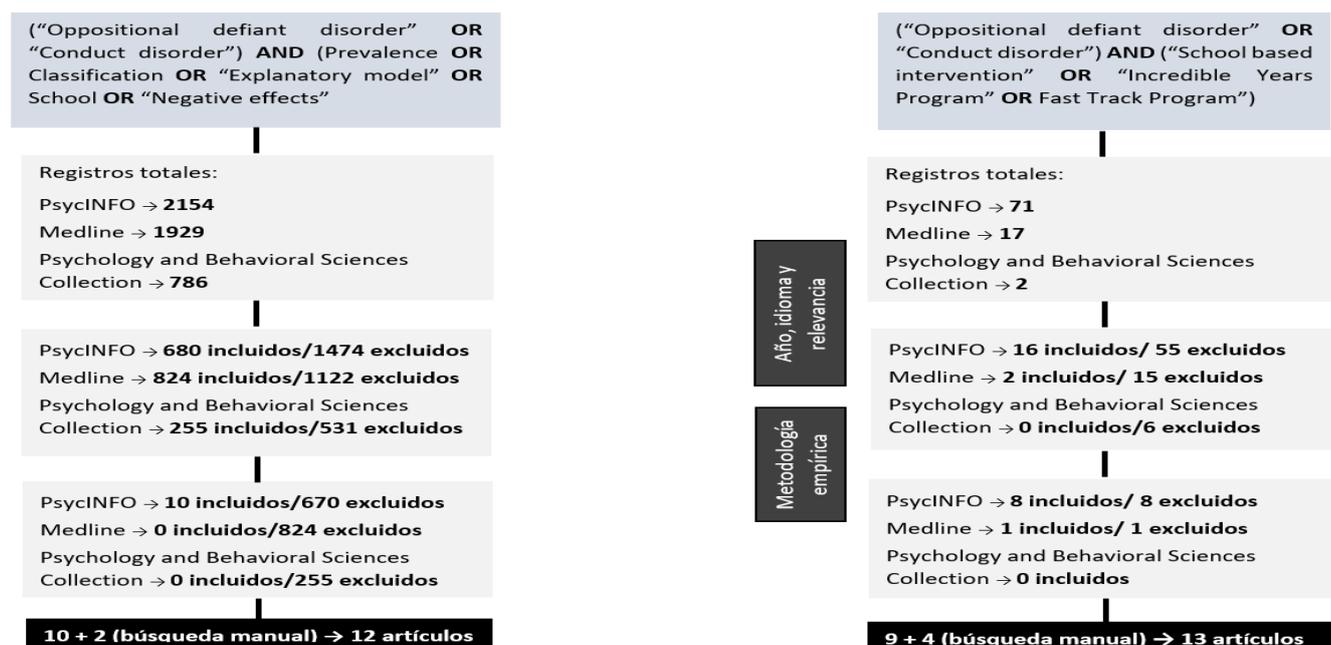
*** Publicaciones finalmente elegidas tras lectura del artículo completo

**** Publicaciones con información fundamental para la revisión, encontradas de forma manual (externas a las bases de datos)

Nota. Fuente: Elaboración propia

Figura 2.

Diagrama de flujo que representa el proceso de búsqueda bibliográfica



Nota. Fuente: Elaboración propia

Resultados

De entre toda la literatura revisada sobre intervenciones escolares eficaces para abordar la sintomatología del CD y el TND, una abrumante cantidad de investigaciones han hecho referencia, en múltiples ocasiones, a la relevancia y adecuación de 2 programas de intervención desarrollados e implementados universalmente desde hace más de 30 años: *Fast Track Program* e *Incredible Years Program* (Winther et al., 2014; Baker-Henningham et al., 2012; CPPRG, 2011; Pasalich et al., 2016; Drugli et al., 2010; Homem et al., 2015; Posthumus et al., 2012; Bywater et al., 2011).

Es importante destacar que ambos programas comparten características generales, ya que, pretenden un abordaje multidimensional de los problemas de comportamiento, interviniendo al mismo tiempo con las familias, los docentes y los niños. Además, tanto uno como otro están indicados para aplicarse desde edades muy tempranas, ya que los fundamentos conceptuales, que también comparten, así lo recomiendan, y, por último, ambos obtienen resultados similares en áreas tales como la mejora del comportamiento, prácticas de crianza y promoción de habilidades sociocognitivas, competencia social y competencias emocionales en padres, niños y docentes. (Winther et al., 2014; Baker-Henningham et al., 2012; CPPRG, 1992; 2002; 2011; Pasalich et al., 2016; Drugli et al., 2010; Homem et al., 2015; Posthumus et al., 2012; Bywater et al., 2011; Webster Stratton y Reid, 2010).

Todo ello, los hace ideales para el abordaje de las manifestaciones del CD y el TND desde etapas infantiles y durante todo el desarrollo educativo.

Fast Track Program

Fast Track Program (FTP, en adelante) es un programa escolar desarrollado por el Grupo de Investigación en Prevención de Problemas de la Conducta (Conduct Problems Prevention Research Group o CPPRG por sus siglas en inglés, y en adelante) quienes publicaron los primeros desarrollos sobre el mismo en “A Developmental and Clinical Model for the Prevention of Conduct Disorder: The Fast Track Program” en 1992. En este sentido CPPRG describen el FTP como un enfoque preventivo, en el sentido en que trata de prevenir, o bien la aparición de tendencias de conducta antisocial, o bien, si estas ya han surgido, tratar de reducirlas o eliminarlas, sustituyéndolas por otros estilos de comportamiento más adaptativos (CPPRG, 1992).

FTP se dirige a niños en riesgo de comportamiento antisocial desde edades muy tempranas (desde 6-7 años) y durante toda la escuela primaria y secundaria (hasta 15-16 años), ya que, explican, el CD es considerado como un trastorno crónico que necesita supervisión e intervención durante todo el desarrollo y específicamente en circunstancias de mucho estrés para el estudiante como lo son los periodos de cambio de etapa educativa (CPPRG, 1992; 2002). Así mismo, sugieren que la intervención ha de ser multifacética (holística), es decir, que atienda a las características del niño, la familia, el grupo de pares y la escuela, así como las conexiones entre todos estos agentes, dado que, según afirman, esfuerzos previos han exhibido efectos limitados debido a la adopción de enfoques centrados exclusivamente en las características del niño (deficiencias en habilidades sociocognitivas) dejando a un lado cuestiones tan relevantes como lo son los entornos de adversidad psicosocial infantil (prácticas de crianza disfuncionales), el fracaso académico del estudiante, así como dificultades en la interacción social con pares o la alienación escuela-familia (CPPRG, 1992; 2002; Winther et al., 2014). En tercer lugar, se afirma que, para garantizar el éxito del FTP, la intervención ha de implicar activamente a toda la comunidad educativa, ya que, este hecho fomenta una mejor comprensión de los objetivos del programa, y mayor compromiso con su implementación (CPPRG, 2002).

Por otro lado, y según afirman CPPRG (1992), las conceptualizaciones que impulsan el desarrollo de esta intervención se encuentran en la Teoría del Proceso Familiar Coercitivo de Patterson (1982) que describe cómo determinadas condiciones estresantes en el entorno familiar (problemas financieros, inestabilidad matrimonial y falta de preparación para la crianza de los hijos, entre otras) dificultan el establecimiento, por parte de los padres, de límites consistentes o apoyo emocional y social efectivo para sus hijos. Esta situación puede llevar a estos últimos a presentar comportamientos agresivos e impulsivos, lo que dificulta aún más el control efectivo de la conducta, generándose un ciclo de intercambios aversivos paterno-filiares que llevan a la exhibición por parte del niño de un comportamiento cada vez más antisocial (Patterson, 1982; como se citó en CPRG, 1992). Estos problemas se exacerban al llegar a la escuela, ya que estos niños no cuentan con las habilidades sociales suficientes para una adecuada interacción con el grupo de pares, es decir, suelen interpretar hostilidad en las intenciones de los demás y no son capaces de resolver adecuadamente los conflictos interpersonales a los que se enfrentan, ante los cuales, muestran un repertorio empobrecido de estrategias asertivas y una tendencia al uso de respuestas agresivas y orientadas a la acción (Asarnow y Callan, 1985; Lochman et al., 1989; como se citó en CPPRG, 1992).

Con todo ello, CPPRG consideran fundamental el abordaje multidimensional de esta problemática, atendiendo a cada uno de los siguientes elementos: en primer lugar, los niños de alto riesgo necesitan herramientas para aprender a controlar la ira, desarrollar habilidades sociocognitivas y utilizar comportamientos más aceptables y efectivos que la agresión y el opositorismo; en segundo lugar, sus padres necesitan adquirir estrategias disciplinarias más consistentes y positivas y menos punitivas, así como habilidades para lograr el crecimiento cognitivo de sus hijos y establecer relaciones positivas familia-escuela; y por último, los maestros necesitan apoyo de cara a preparar el aula para estos niños de alto riesgo, especialmente en aquellos grupos con una alta densidad de estudiantes con problemas de conducta (CPPRG, 1992; Waschbusch, 2015).

Así pues, en base a estos objetivos, los componentes propuestos para esta intervención escolar (CPPRG, 1992; 2002; 2011; Winther et al., 2014) se describen a continuación:

Capacitación para padres. Consiste en un programa de 22 sesiones que aborda dos áreas muy amplias: a) el establecimiento de relaciones positivas entre la familia y la escuela y b) la enseñanza de habilidades y estrategias de crianza que fomenten interacciones positivas entre padres e hijos y disminuyan las conductas-problema del niño. En este sentido, las primeras 6 sesiones se centran específicamente en las estrategias que pueden implementar los padres para conseguir establecer relaciones positivas con el centro educativo y a su vez fomentar el aprendizaje adaptativo de sus hijos. Se abordan cuestiones tales como la creación de entornos de aprendizaje estructurados en el domicilio, la comunicación eficiente sobre cuestiones de la escuela en el contexto del hogar y la promoción de un aprendizaje adecuado en el niño, así como el establecimiento de interacciones positivas con el maestro. En segundo lugar, durante las sesiones 7 a 9, se capacita a los padres en estrategias para ayudar a sus hijos a optimizar el control de la ira y la resolución de problemas. Por último, las sesiones de la 10 a la 22 se dedican a la enseñanza de habilidades de crianza adecuadas para fomentar interacciones positivas entre padres e hijos y reducir la manifestación de comportamientos problemáticos en los estudiantes. Esto se lleva a cabo mediante la instrucción de los padres en habilidades de juego, capacitación en estrategias de condicionamiento operante (elogios, extinción y tiempo fuera, entre otras) y habilidades para establecer límites consistentes (CPPRG, 1992; 2002; 2011).

Visitas a domicilio. FTP propone, de forma complementaria al entrenamiento de padres, un régimen de visitas domiciliarias quincenales (presenciales o vía telefónica) para poner en práctica habilidades de forma individualizada con la familia y el estudiante. Las visitas domiciliarias ofrecen capacitación de padres para resolver problemas o conflictos de la vida diaria, actividades para promover sentimientos de empoderamiento y autoeficacia, y estrategias para mejorar la organización familiar. Este componente está dirigido por profesionales del FTP denominados “coordinadores familiares”, quienes asumen un rol no directivo, es decir, adoptan una posición de guía, por la que apoyan a la familia en la resolución

de problemas, pero sin adjudicarse funciones de crianza en nombre de los padres (CPPRG, 1992; 2002; 2011).

Los coordinadores familiares utilizan la secuencia de procesamiento de información y resolución de problemas propuesta por Dodge et al. (1986) y Shure y Spivack (1978) que incluye preguntas como: “¿Cómo esto te hace sentir?”, “¿Qué te gustaría que sucediese?”, “¿Cuáles son las soluciones que podría probar?”, “¿Cuáles serían las consecuencias si intentara una solución en particular?”. Se trata de un procedimiento que se ha demostrado muy eficaz para la evocación de respuestas competentes ante múltiples conflictos y problemáticas (Dodge et al., 1986; Shure y Spivack, 1978; como se citó en CPPRG, 1992).

Entrenamiento en habilidades sociales. Este componente del FTP está diseñado con el objetivo de optimizar las habilidades sociocognitivas del niño y el ajuste social con su grupo de pares. Durante las primeras sesiones se trabajan las habilidades de cohesión o inicio de la amistad, tales como estrategias de participación, comunicación y expresión emocional en grupo, entre otras. Más adelante se introduce el entrenamiento en inhibición conductual, manejo de la ira y habilidades de juego cooperativo, para posteriormente trabajar sobre la reciprocidad en las relaciones mediante capacitación en destrezas de negociación e introducción al juego limpio (por ejemplo, tomar turnos, seguir reglas y abstenerse de bromear). Por último, se lleva a cabo un entrenamiento en habilidades para mantener amistades a través del uso de la retroalimentación entre pares y de estrategias de resolución de conflictos interpersonales. En este sentido, FTP, incluye, para el entrenamiento en habilidades sociales, el uso de herramientas tales como vídeos de modelado, historias, espectáculos de títeres y juegos de rol. Los entrenadores del programa brindan retroalimentación tanto al niño como al grupo para mejorar la comprensión de la relación causa-efecto de los comportamientos de uno y las reacciones de otro, fomentando así estrategias de autorregulación en las interacciones sociales (CPPRG, 1992)

Tutoría académica. Tal y como describen Coie y Krehbiel (1984) la tutoría académica se trata de un enfoque individualizado dirigido por los tutores para trabajar sobre las dificultades académicas de cada estudiante (por ejemplo,

habilidades de comprensión lectora). Este componente es especialmente adecuado cuando se trabaja con estudiantes socialmente rechazados o con bajo rendimiento académico, ya que reporta efectos notables en las puntuaciones de rendimiento e indicadores sociométricos (Coie y Krehbiel, 1984; como se citó en CPPRG, 1992). En este sentido, la tutoría académica supone trabajar individualmente con los niños que presentan comportamientos problemáticos por 3 veces a la semana, una de ellas, con la familia presente, lo que facilita generar en los padres sentimientos positivos en relación al progreso de sus hijos (CPPRG, 1992).

Intervención en el aula. El último de los componentes de FTP se basa en la implementación del plan de estudios PATHS (Promoving Alternative Thinking Strategies) (Greenberg et al., 1991; como se citó en CPPRG, 1992), un programa de aula de varios años (desde 6-7 hasta 10-11 años) diseñado para facilitar el desarrollo de autocontrol, empatía y habilidades de resolución de problemas, así como un clima positivo entre compañeros. El currículo PATHS es impartido por los maestros aproximadamente 3 veces a la semana e incluye presentaciones didácticas, discusión en grupo, modelado, juego de roles y actividades para mejorar el comportamiento y para reconocer y comunicar sentimientos de manera efectiva, entre otros. Este componente incorpora, para los maestros, formación sobre estrategias para brindar retroalimentación positiva y correctiva, incluyendo procedimientos de tiempo fuera y costo de respuesta. Además, incluye capacitación para el manejo efectivo de la conducta disruptiva, mediante el establecimiento de reglas y límites claros. De esta manera, a la vez que los docentes utilizan estrategias de moldeamiento conductual logrando reducir los comportamientos disruptivos, consiguen, a través del currículo PATHS, mejoras en el clima del aula y en el desarrollo emocional de los estudiantes (CPPRG, 1992; CPPRG, 2002).

Una vez descritos los componentes, pasamos a detallar los resultados de FTP en las diferentes áreas del desarrollo personal, social y escolar del estudiante:

En primer lugar y en referencia a la dimensión conductual, CPPRG (2002, 2011) encontraron que los niños expuestos a FTP durante su desarrollo educativo mostraron un comportamiento prosocial más frecuente, tasas reducidas de conductas agresivas y de oposición (discutir, desafiar, molestar y culpar a otros) y

mayor cumplimiento de reglas y normas en el aula. Así mismo, Pasalich et al. (2016), quienes evaluaban los efectos directos del FTP sobre la calidad de la crianza parental e indirectos sobre el comportamiento del niño, encontraron incrementos significativos en la calidez (participación parental) y reducciones notables en la manifestación de prácticas severas de crianza (prácticas disciplinarias rígidas y aversivas), lo que a su vez tuvo efectos positivos sobre la sintomatología conductual del CD y los rasgos insensibles y no emocionales (CU) expresados por el niño. Además, encontraron que la relación causa-efecto era independiente, es decir, mientras una mayor calidez de la crianza predecía reducciones en los rasgos CU, la modificación de las prácticas disciplinarias severas pronosticaba una menor incidencia en los comportamientos antisociales mostrados por el niño, garantizando, además, tamaños de efecto similares en ambas áreas (Pasalich et al., 2016; Waschbusch et al., 2015).

En segundo lugar y en referencia a los efectos sobre las habilidades sociales, se ha encontrado que FTP fomenta el desarrollo de niños con una alta competencia social, esto es, estudiantes que muestran gran destreza en la resolución de conflictos interpersonales, contextos en los que suelen exhibir un tipo de lenguaje funcional y eficaz, mayor tolerancia hacia el punto de vista u opiniones ajenas, interacciones más positivas con los compañeros, gran interés por la interacción social (CPPRG, 2011), y mejores habilidades de procesamiento de información social y emocional (habilidades sociocognitivas) (CPPRG, 2011; Pasalich, 2016). Por último, y en relación al potencial preventivo de este programa, CPPRG (2011) demostraron que FTP, es responsable de prevenir el 75% de los diagnósticos de trastorno de la conducta, el 53% de los de TDAH, y el 43% de los de cualquier trastorno de la conducta disruptiva durante la infancia y la adolescencia y hasta los 15 años de edad. Así mismo, y tal y como demuestran Dodge et al. (2015), los efectos preventivos no se limitan solamente a estas etapas, sino que el programa tiene un impacto duradero en la reducción del comportamiento antisocial y delictivo que se extiende también a la edad adulta (Dodge et al. 2015; como se citó en Pasalich et al., 2016).

Con todo ello, se puede concluir que FTP, concebido inicialmente para prevenir el desarrollo del comportamiento antisocial durante el desarrollo académico

del estudiante, tiene, un gran potencial preventivo no sólo en casos de riesgo de CD, sino también de otros trastornos caracterizados por problemas de conducta disruptiva, como, por ejemplo, el TDAH o el TND. Además, el hecho de que esta intervención haya demostrado eficacia en la mejora de los resultados de todos estos problemas cuando ya se han presentado, permite considerar a FTP como un programa no sólo preventivo, sino también de intervención.

Incredible Years Program

Incredible Years Program (IYP, en adelante) es un programa escolar desarrollado por la psicóloga e investigadora Carolyn Webster-Stratton, quien publicó los primeros avances del IYP en “Enhancing the Effectiveness of Self-administered Videotape Parent Training for Families with Conduct-problem Children” en 1990 (Webster-Stratton, 1990; como se citó en Homem et al., 2015). Al igual que FTP, se trata de un programa multifacético que entiende la conducta disruptiva como multideterminada por factores familiares, escolares y del propio estudiante, por lo que los componentes del IYP se dirigen de forma conjunta a la intervención con estos tres agentes y las relaciones entre los mismos (Homem et al., 2015). Sin embargo, IYP, dirigida a niños de entre 1 a 13 años de edad, no pretende a priori una prevención del comportamiento disruptivo y/o antisocial, sino que trata de abordar los problemas de conducta cuando ya han surgido. Así mismo, persigue abordar no sólo el comportamiento antisocial (CD), sino también las particularidades del trastorno negativista desafiante (TND), frente a los cuales demuestra una elevada eficacia (Webster-Stratton y Jamila Reid, 2010; Drugli et al., 2010).

Los modelos conceptuales que impulsan este programa de intervención reconocen la influencia, en la aparición de problemas de conducta disruptiva, de variables tales como un estilo paterno de crianza ineficiente, antecedentes de problemas de salud mental familiar, factores de riesgo biológicos y del desarrollo del niño, así como escolares y vinculados al grupo de pares y comunidad en la que convive (Jaffee et al., 2004; Knutson et al., 2005; Hawkins et al., 1999; Collins et al., 2000; Hawkins et al., 2008; como se citó en Webster-Stratton y Jamila Reid, 2010). Con ello, IYP hace hincapié en la importancia de la detección e intervención

temprana de los problemas de comportamiento, ya que, según se afirma, la infancia es un periodo crítico de mejor pronóstico, dado que, ya en la adolescencia, este tipo de comportamientos delictivos y agresivos se han arraigado, y han aparecido factores de riesgo secundarios como el fracaso académico, abandono escolar, e influencia de grupos de pares desviados. Añaden, incluso, que los intentos de intervención grupal de la conducta disruptiva durante la adolescencia pueden resultar en un empeoramiento de los síntomas a través de la exposición del adolescente a otros estudiantes con comportamientos delictivos (Dishion y Piehler, 2007; Offord y Bennet, 1994; Dishion et al., 1999; como se citó en Webster-Stratton y Reid, 2010).

Con todo ello, IYP presenta 3 componentes principales de intervención: capacitación de padres, entrenamiento para maestros e intervención enfocada en el niño.

Capacitación de padres. La aplicación de este componente parte del supuesto de que la optimización de las habilidades de crianza parentales conducirá a una reducción de los problemas de comportamiento del niño. En este sentido se plantean los siguientes objetivos: a) incrementar las habilidades de crianza positiva y autoconfianza de los padres así como el vínculo entre padres e hijos; b) instruir a los padres en destrezas para desarrollar en sus hijos competencias académicas y verbales, atención sostenida y desarrollo socio-emocional; c) disminuir los métodos severos de disciplina e implementar estrategias adecuadas como la extinción, el manejo de consecuencias lógicas y el monitoreo de la conducta, entre otras; d) potenciar las habilidades de resolución de problemas, manejo de la ira y comunicación de los padres; e) incrementar las redes de apoyo familiar y fomentar la colaboración con instituciones como la escuela; y f) aumentar la participación de la familia en actividades académicas en el entorno del hogar (Webster-Stratton, 1990, como se citó en Homem et al., 2015; Webster-Stratton y Jamila Reid, 2010; Drugli et al., 2010; Posthumus et al., 2012).

Con estos objetivos, este componente se divide en 4 niveles en función de la edad del niño: bebés (0 a 1 año) de 8 o 9 sesiones, niños pequeños (1 a 3 años) de 12 sesiones, preescolares (3 a 6 años) y niños en edad escolar (6 a 13 años) de 18 a 20 sesiones cada uno. La capacitación de padres busca mejorar las relaciones

positivas entre padres e hijos mediante el desarrollo, en los primeros, de habilidades sociales y emocionales, y destrezas para el juego interactivo dirigido por el niño. Incluye, además, formación en programas de refuerzo (formas de incentivar y elogiar al estudiante) y estrategias para apoyarle en sus estudios. Posteriormente, se instruye a los padres en procedimientos para implementar rutinas y reglas predecibles y consistentes en el hogar, seguidas de capacitación en una serie de técnicas de disciplina no violentas que incluyen el monitoreo conductual, la extinción, métodos para dar órdenes, establecimiento de consecuencias lógicas y uso del tiempo fuera (Webster-Stratton, 1990, como se citó en Homem et al., 2015; Webster-Stratton y Jamila Reid, 2010; Drugli et al., 2010; Posthumus et al., 2012).

Entrenamiento para maestros. La necesidad de un componente dirigido a maestros tiene su fundamento en la existencia de ciertas prácticas docentes que tienden a perpetuar el comportamiento problemático del niño, como, por ejemplo, un reducido énfasis en el desarrollo de competencias sociales y emocionales en los estudiantes o la escasa utilización de elogios en contraposición a metodologías más punitivas (Waschbusch, 2015) Todo ello, sumado al escaso apoyo docente hacia estos estudiantes exacerba aún más los problemas de comportamiento (Webster Stratton y Reid, 2010).

En este sentido, las metas del componente de entrenamiento para maestros del IYP, que consta de un total de 42 horas divididas en 6 sesiones, se resumen en: a) fortalecer las habilidades de los maestros en el manejo del aula, b) promover estrategias para implementar en sus clases la enseñanza de competencias sociales y emocionales y técnicas para el manejo de la ira y la resolución de conflictos; c) incrementar las relaciones positivas entre docentes y estudiantes, d) entrenar a los profesores en estrategias de disciplina eficaces, e) incentivar en estos el interés por la colaboración con las familias y f) disminuir los niveles de agresión en el aula (Webster-Stratton y Reid, 2010; Webster-Stratton et al., 2012).

En base a ello, este componente incluye metodologías de capacitación, como el aprendizaje colaborativo y experiencial; además, forma a los maestros en estrategias para desarrollar autocontrol y autoeficacia en el aula y dispone de enfoques centrados en sus actitudes (evaluación e intervención sobre sus

pensamientos, emociones y comportamientos en el aula). Por último, incorpora vídeos de modelado y actividades prácticas en grupos pequeños centrados en la capacitación para la creación de relaciones positivas con los niños y sus familias, y estrategias para enseñar a los estudiantes habilidades socioemocionales (Baker-Henningham et al., 2012).

Intervención enfocada en el niño. El componente para niños de IYP se basa en la evidencia que relaciona la presencia de alteraciones a nivel fisiológico, neurológico y neuropsicológico, así como patrones cognitivos atribucionales negativos, problemas de regulación emocional, escasas habilidades para el juego y de cooperación con pares, con diferentes manifestaciones de comportamiento problemático y/o antisocial. Con estos datos, los desarrolladores del programa consideraron fundamental incidir en aspectos tales como: a) fortalecimiento de las habilidades sociales y de juego; b) promoción de estrategias de autorregulación y autocontrol; c) mejora de la conciencia sobre las propias emociones; d) promoción de la habilidad para reconocer y respetar los puntos de vista u opiniones diferentes; y e) reducción de las atribuciones negativas disfuncionales en el manejo de conflictos en todos aquellos niños con comportamientos problemáticos (Webster-Stratton y Reid, 2010; Bywater et al., 2011; Webster-Stratton et al., 2012).

Con estos objetivos, la intervención enfocada en el niño se basa en un programa de 22 semanas de duración y dirigido a niños de 3 a 8 años de edad, y que incluye presentaciones en DVD de escenas en las que se entrena a los estudiantes, mediante modelado, en habilidades sociales y resolución adaptativa de conflictos. En este sentido, el programa presenta 7 bloques temáticos: 1) introducción y reglas, 2) empatía y emoción, 3) resolución de problemas, 4) control de la ira, 5) habilidades para la amistad, 6) habilidades de comunicación y 7) habilidades escolares. Las sesiones se imparten durante 2 horas a la semana y se trabaja con grupos pequeños de máximo 6 niños (Webster-Stratton y Reid, 2010; Bywater et al., 2011; Webster-Stratton et al., 2012).

Una vez descritos los componentes de IYP, pasamos a exponer los resultados de este programa distribuidos fundamentalmente en 4 áreas: 1) prácticas

de crianza, 2) competencia social y emocional de los niños, 3) comportamiento disruptivo y de oposición y 4) satisfacción social de los estudiantes.

En primer lugar, y abordando los efectos sobre la crianza, IYP ha demostrado eficacia en la modificación de las prácticas parentales disfuncionales, consiguiendo una disminución sostenida en el uso de declaraciones críticas, y de disciplina severa e inconsistente; y un incremento en el uso de elogios y refuerzos apropiados (Posthumus et al., 2012). En este sentido, varias investigaciones que evaluaban IYP establecen fuertes correlaciones entre la optimización de las prácticas parentales de crianza y la mejora del comportamiento del niño, de lo que se desprende la comprensión sobre el efecto mediador de esta variable en la reducción de los comportamientos antisociales y de oposición (Drugli et al., 2010; Homem et al., 2015; Posthumus et al., 2012).

En segundo lugar, Bywater et al. (2011) quienes testeaban el componente de intervención enfocada en el niño de IYP encontraron incrementos en las habilidades sociales y sensibilidad emocional, mejores destrezas en la resolución de problemas, y fortalecimiento de las relaciones entre pares en niños con problemas clínicos de comportamiento, lo que podría predecir, a su vez, una mejoría del comportamiento disruptivo.

En tercer lugar, y en relación a la dimensión conductual, IYP ha demostrado tener efectos significativos a corto y largo plazo (hasta 2 años después de la intervención) en la reducción del comportamiento disruptivo y las actitudes oposicionistas (Drugli et al., 2010; Homem et al., 2015; Posthumus et al., 2012). En este sentido, tal y como afirman Drugli et al. (2010) IYP tiene la capacidad de reducir los problemas de comportamiento a rangos no clínicos en aproximadamente el 60% de los estudiantes tras un año de intervención (Drugli et al., 2010), efectos los cuales se acentúan a medida que la intervención se mantiene a lo largo del tiempo (Posthumus et al., 2012). Con todo ello, algunos autores incluso han considerado a IYP como un programa preventivo, en el sentido de que tiene la capacidad de controlar la sintomatología del TND previniendo la aparición de problemas de comportamiento más severos (como los del CD, por ejemplo) (Meeting et al., 2013; como se citó en Homem et al., 2015).

Por último, se han reportado efectos positivos sobre la satisfacción social de los estudiantes en análisis como el de Winther et al. (2014) que testeaban el componente de capacitación de padres del IYP, encontrando que los niños influidos indirectamente a través de la capacitación en la crianza de sus familias se sentían más felices en el entorno del hogar (82%) y la escuela (88%), se metían en menos conflictos en ambos ambientes (86% y 85% respectivamente) y tenían relaciones interpersonales más satisfactorias con otros niños de la escuela (91%).

Con todo ello, y concluyendo, IYP se puede entender como un programa de intervención escolar eficaz para el abordaje de la sintomatología del CD y el TND, prometedor en la potenciación de las habilidades sociales y emocionales de los estudiantes, y promotor de relaciones interpersonales sanas y satisfactorias, tanto en entornos escolares como en el hogar y la vida diaria de los estudiantes.

El resumen de estos resultados se puede encontrar en las tablas 3 y 4.

Discusión

En base al objetivo principal de este trabajo: “analizar aquellas intervenciones escolares eficaces para reducir el impacto negativo que el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno de la conducta (CD) causan en el aula y en el desarrollo escolar, personal y social del estudiante”, se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PsycINFO y Medline. En este sentido, se incluyen trabajos de metodología empírica que analizan exhaustivamente los efectos de diferentes programas de intervención escolar en niños o adolescentes con diagnósticos de TND o CD desde educación infantil y durante todo el desarrollo educativo.

Tabla 3.

Resumen de los resultados de los artículos incluidos mediante el procedimiento 2 de búsqueda bibliográfica (I)

Investigación	Tamaño muestral	Edad	Programa de intervención	Componentes analizados	Resultados
A pilot study of a school-based prevention and early intervention program to reduce oppositional defiant disorder/conduct disorder.	n = 240	4 – 10	- Fast Track Program - Incredible Years Program	- Capacitación de padres.	- Reducción de los síntomas internalizantes y externalizantes. - Aumento en las habilidades de comunicación interpersonal y de la conducta prosocial exhibida. - Incremento de la satisfacción por la interacción social.
Winther et al. (2014)					
Reducing child conduct problems and promoting social skills in a middle-income country: cluster randomised controlled trial	n = 225	3 – 5	- Incredible Years Program	- Entrenamiento para maestros.	- Reducción del comportamiento disruptivo. - Incremento de las habilidades sociales. - Reducción del ausentismo y abandono escolar.
Baker-Henningham et al. (2012)					
The Effects of the Fast Track Preventive Intervention on the Development Conduct Disorder Across Childhood	n = 387	\bar{x} = 6.5	- Fast Track Program	- Capacitación de padres. - Entrenamiento en habilidades sociales. - Tutoría académica. - Intervención de aula.	- Reducción de las tasas de comportamientos agresivos, antisociales y de oposición. - Incremento de la cercanía parental y de la participación familiar en lo académico y reducción del castigo físico (optimización de la crianza).
CPPRG (2011)					
The incredible years therapeutic dinosaur programme to build social and emotional competence in welsh primary schools: study protocol for a randomised controlled trial	n = 240	4 – 8	- Incredible Years Program	- Intervención enfocada en el niño	- Incremento de la competencia social y emocional (mayores habilidades sociales y de resolución de conflictos interpersonales). - Fortalecimiento de las relaciones entre pares.
Bywater et al. (2011)					

Nota. Fuente: Elaboración propia

Tabla 4.

Resumen de los resultados de los artículos incluidos mediante el procedimiento 2 de búsqueda bibliográfica (II)

Investigación	Tamaño muestral	Edad	Programa de intervención	Componentes analizados	Resultados
Indirect Effects of the Fast Track Intervention on Conduct Disorder Symptoms and Callous-Unemotional Traits: Distinct Pathways Involving discipline and Warmth. Pasalich et al. (2016)	n = 991	\bar{x} = 6.5	- Fast Track Program	- Capacitación de padres. - Entrenamiento en habilidades sociales. - Tutoría académica. - Intervención de aula.	- Reducción de las prácticas de crianza severas e incremento de la cercanía parental. - Reducción en los rasgos de CU exhibidos conductualmente y del comportamiento antisocial.
Incredible Years Parent Training: dos ir Improve Positive Relationships in Portuguese Families of Preschoolers with Oppositional/Defiant Symptoms? Homem et al. (2015)	n = 125	3 – 6	- Incredible Years Program	- Capacitación de padres	- Reducción del comportamiento disruptivo del TND. - Aumento del bienestar social de los estudiantes. - Incremento de las competencias parentales de crianza.
Sustained Effects of Incredible Years as a Preventive Intervention in Preschool Children With Conduct Problems. Posthumus et al. (2012)	n = 503	\bar{x} = 4	- Incredible Years Program	- Capacitación de padres	- Reducción de las declaraciones críticas de los padres (menor disciplina severa). - Reducción de la frecuencia de aparición de problemas de conducta.
Characteristics of young children with persistent conduct problems 1 year after treatment with the Incredible Years program Drugli et al. (2010)	n = 127	4 – 8	- Incredible Years Program	- Capacitación para maestros. - Entrenamiento de padres. - Intervención enfocada en el niño	- Reducción de los problemas de conducta por debajo de rango clínico en una gran parte de la muestra.

Nota. Fuente: Elaboración propia

De entre toda la literatura encontrada, una gran parte de los estudios hacen referencia a dos programas de intervención desarrollados específicamente con el objetivo de controlar la sintomatología de estos trastornos durante el desarrollo educativo del estudiante: *Fast Track Program* e *Incredible Years Program*. De esta manera, se decide incluir ambos en este trabajo, dado que la literatura es suficiente como para comparar los resultados de varias investigaciones y lograr, entonces, presentar información válida y fiable sobre su historia de desarrollo, características, población diana, así como efectos significativos sobre la conducta disruptiva y antisocial en niños y adolescentes escolarizados.

Tanto uno como otro demuestran un enfoque similar, dado que se conciben como intervenciones multidimensionales (trabajan al mismo tiempo con el alumnado y sus familias, así como con los docentes y profesionales educativos). Así mismo, persiguen objetivos similares (control de la conducta disruptiva/antisocial; abordaje del TND o el CD) y comparten fundamentos conceptuales, entre los que destaca la Teoría del Proceso Familiar Coercitivo de Patterson (1982) que describe cómo una crianza ineficiente y estresante puede facilitar la aparición, en los niños, de trastornos del comportamiento (Jaffee et al., 2004; Knutson et al., 2005; Hawkins et al., 1999; Collins et al., 2000; Hawkins et al., 2008; como se citó en Webster-Stratton y Jamila Reid, 2010; Patterson, 1982; como se citó en CPPRG, 1992), razón por la cual, ambos programas muestran una elevada atención a la modificación de las pautas de crianza disfuncionales.

De la misma forma, la población diana de estos programas de intervención es similar, sin embargo, FTP tiene un alcance algo superior a IYP dado que este último ofrecería cobertura sólo hasta los 13 años de edad (2º de la ESO, en el sistema educativo español), mientras que el primero se aplicaría también durante toda la escuela secundaria (hasta los 16 años, o 4º de la ESO) (CPPRG, 1992; Webster-Stratton, 2010). En este sentido, y aunque los autores de ambos programas recomiendan iniciar la intervención desde edades muy tempranas, ya que, sugieren, el pronóstico suele ser mejor, ambos pueden utilizarse en estudiantes de secundaria, dado que los componentes fueron diseñados para adaptarse eficazmente a la edad de cada estudiante.

Por otra parte, y haciendo referencia, ahora, a los objetivos propuestos inicialmente, podemos afirmar que tanto FTP como IYP se pueden considerar intervenciones eficaces para: 1) reducir la incidencia e impacto de conductas disruptivas en el aula y otros entornos (OG 1 y OE 1), 2) mejorar la satisfacción social de los estudiantes con problemas de conducta (OE 2), 3) incrementar la empatía o sensibilidad emocional de estos alumnos (OE 3) y 4) prevenir la aparición de otros trastornos durante su desarrollo o edad adulta (OG 2) .

Con estas metas, y analizando específicamente los resultados de cada uno de ellos, FTP demuestra eficacia en la reducción de las conductas agresivas y de oposición (OG 1 y OE 1), en el desarrollo de competencias de interacción social (exhibición de comportamientos prosociales más frecuentes y mejores habilidades de procesamiento de información social y emocional) (OE 2) (CPPRG, 2002), en la promoción del interés, motivación y satisfacción en la interacción social con otros (OE 3) (CPPRG, 2002; Pasalich, 2016) y en la prevención, durante el desarrollo, de padecer TDAH y/o cualquier otro trastorno de la conducta disruptiva, así como de otros problemas graves de comportamiento antisocial y delictivo a lo largo de la edad adulta (Dodge et al., 2015; como se citó en Pasalich et al., 2016) (OG 2).

Por su parte, IYP demuestra eficacia en la reducción del comportamiento disruptivo y las actitudes oposicionistas (Drugli et al., 2010; Homem et al., 2015), logrando modificar los síntomas a rangos no clínicos en la mayor parte de los estudiantes con problemas de conducta (OG 1 y OE 1) (Drugli et al., 2010). Además, muestra efectividad en la mejora de las habilidades sociales y sensibilidad emocional (OE 2) (Bywater et al., 2011) y en la satisfacción social de los estudiantes, quienes, tras la intervención demuestran mayor bienestar en múltiples entornos (OE 3) (Winther et al., 2014). Sin embargo, a pesar de que IYP se considera útil para la prevención de exacerbaciones de la sintomatología del TND, no demuestra eficacia para prevenir otros trastornos mentales durante el desarrollo o edad adulta (Meeting et al., 2013; como se citó en Homem et al., 2015). Con ello, cabría especular que IYP reduciría la probabilidad, en aquellos casos con un diagnóstico de TND, de padecer CD en etapas posteriores, no obstante, esta relación no está clara y sería un tema de gran trascendencia para desarrollar en investigaciones futuras (OG 2).

Así mismo, y aunque tanto FTP como IYP presentan, entre sus metas, el autocontrol de la ira y la irritabilidad de los estudiantes ante diferentes situaciones de conflicto, ninguno de los estudios analizados demuestra que estas pretensiones deriven en resultados significativos (OE 4) (CPPRG, 1992; Webster-Stratton, 2010). Sin embargo, las evidencias encontradas tanto para FTP como para IYP permiten afirmar que tanto una como otra intervención son eficaces para el control de la sintomatología del TND (CPPRG, 2002; Homem et al., 2015) y, en este sentido, parecería plausible concluir que ambos son eficaces para controlar la irritabilidad de los estudiantes. A pesar de ello, y de nuevo, es necesario que la relación entre estas variables pueda clarificarse de manera directa en futuros análisis.

Una de las cuestiones más importantes que queda por aclarar es la adecuación de FTP e IYP en la intervención de estos trastornos durante la educación secundaria. En este sentido, y como ya describimos anteriormente, la intervención ideal en trastornos de la conducta disruptiva pasa por una detección y abordaje tempranos (CPPRG, 2011; Dodge et al., 2013; Greenberg y Kusche, 1998; como se citó en Kyranides et al., 2017; Dishion y Piehler, 2007; Offord y Bennet, 1994; Dishion et al., 1999; como se citó en Webster-Stratton y Jamila Reid, 2010; LOMLOE, 2020), sin embargo, parece también plausible esperar efectos positivos en aquellas intervenciones aplicadas durante los primeros años de la etapa de secundaria.

Es decir, sabemos con certeza que tanto FTP como IYP demuestran una elevada eficacia en el control del CD y el TND durante la adolescencia, cuando estas intervenciones comienzan durante la infancia. Pero lo que genera mayor incertidumbre es si estos efectos van a conservarse en el caso de aplicar estos programas sólo a partir de la adolescencia. En este sentido, aunque no se han publicado prácticamente investigaciones que prueben su eficacia en estas condiciones, CPPRG (2011) y Webster-Stratton et al. (2012) demuestran que tanto FTP como IYP, administrados a partir de la etapa de secundaria (CPPRG iniciando FTP en estudiantes de 12 y 13 años de edad; Webster-Stratton et al., 2012 revisando resultados de la intervención de IYP en estudiantes de estas mismas edades) generan también efectos significativos sobre la sintomatología del CD y el TND.

A pesar de ello parece necesario interpretar estos hallazgos con prudencia, dado que no contamos actualmente con una literatura extensa que, de forma independiente, compare estos resultados en diferentes poblaciones, con características sociodemográficas variadas, o utilizando diversos enfoques o metodologías de investigación. De ello, se deriva la necesidad de que investigaciones futuras exploren también esta cuestión de manera más exhaustiva.

Con todo ello, y hasta que estas preguntas encuentren respuestas más satisfactorias en el futuro, la aplicación de ambos programas de inicio en la etapa de educación secundaria debe llevarse a cabo siguiendo algunas recomendaciones: a) si el diagnóstico de CD o TND o la identificación de los problemas de comportamiento se lleva a cabo durante el primer ciclo de la etapa de secundaria es necesario llevar a cabo una intervención urgente para aprovechar todo lo posible los efectos positivos de estos programas; b) si la detección de estos problemas se realiza de forma posterior al primer ciclo de la etapa de secundaria, podría ser útil la implantación de alguna de estas intervenciones, sin embargo también es posible que no revierta efectos positivos en el comportamiento del alumnado; c) ya se detecte el comportamiento problemático en el primer o segundo ciclo de la etapa de secundaria, se debe evitar, bajo cualquier circunstancia, el empleo de intervenciones grupales, ya que, según afirman Dishion et al. (1999), pueden conducir a un empeoramiento de los síntomas a través de la exposición a otros compañeros con comportamientos delictivos (Dishion et al., 1999; como se citó en Webster-Stratton y Reid, 2010). De esta forma, los componentes de IYP o FTP han de adaptarse a la idiosincrasia del estudiante tratando de maximizar los beneficios, pero también evitando la iatrogenia en su aplicación.

Conclusiones

Una vez confirmada la efectividad de estos dos programas escolares en el control de los trastornos de la conducta disruptiva, parece necesario hacer hincapié en la enorme importancia de su adecuada implementación. En este sentido, y recuperando algunas de las consideraciones previamente comentadas, tanto el CD como el TND constituyen una problemática que suele seguir una evolución poco optimista y que tiene graves consecuencias sobre el desarrollo escolar, personal y social de los estudiantes que los padecen. Dada la escasa cantidad de intervenciones demostradas eficaces (solamente 2, en toda la literatura sobre este tema) parece razonable afirmar que los docentes, en la actualidad, podrían encontrarse desorientados a la hora de abordar estas necesidades en el aula. Con ello, y en respuesta a estas situaciones, el orientador escolar ha de contar con los conocimientos y los recursos para poder asesorar adecuadamente al profesorado, incidiendo en la importancia de aplicar programas con evidencia empírica como los analizados en este trabajo.

Por otro lado, teniendo en cuenta la escasa evidencia para la aplicación de los mismos durante la etapa de secundaria conviene tener en cuenta algunas consideraciones. Ambos incluyen un componente de capacitación de padres en las actividades de crianza, y que, si bien parece ser muy relevante en la intervención durante la infancia, en la adolescencia no lo es tanto, ya que, durante esta segunda etapa, el estudiante pasa a socializar predominantemente con grupos no familiares. En este sentido, un programa más viable para trabajar durante la educación secundaria debería basarse fundamentalmente en el entrenamiento del profesorado y la intervención enfocada en el alumno. De esta manera, se evitaría el fracaso ya demostrado de trabajar exclusivamente con el estudiante disruptivo (dado que se aplican dos componentes), y al mismo tiempo, se conseguiría reducir la elevada complejidad de este tipo de programas (multitud de componentes, gran cantidad de líneas de acción), asegurando la correcta implantación de los mismos en los centros. En definitiva, la correcta aplicación de este tipo de intervenciones puede constituirse como el recurso más valioso para abordar este tipo de necesidades, asegurando con ello, una mejor educación, adaptación social y calidad de vida, en la actualidad y en el futuro, en todos estos estudiantes.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baker-Henningham, H., Scott, S., Jones, K. & Walker, S. (2012). Reducing child conduct problems and promoting social skills in a middle-income country: cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201(2), 101-108. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096834>
- Bywater, T., Hutchings, J., Whitaker, C., Evans, C. & Parry, L. (2011). The incredible years therapeutic dinosaur programme to build social and emotional competence in welsh primary schools: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 12(39), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-39>
- CPPRG. (1992). A developmental and clinical model for the prevention of conduct disorder: The FAST Track Program. *Development and Psychopathology*, 4(4), 509-527. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004855>
- CPPRG. (2002). The Implementation of the Fast Track Program: An Example of a Large-Scale Prevention Science Efficacy Trial. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(1), 1-17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756657/>
- CPPRG (2011). The Effects of the Fast Track Preventive Intervention on the Development Conduct Disorder Across Childhood. *Child Development*, 82(1), 331-345. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01558.x>
- De la Osa, N., Penelo, E., Navarro, J. B., Trepal, E. & Ezpeleta, L. (2019). Prevalence, comorbidity, functioning and long-term effects of subthreshold oppositional defiant disorder in a community of preschoolers. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(10), 1385-1393. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01300-0>

- Demmer, D. H., Hooley, M., Sheen, J., McGillivray, J. A. & Lum, J. A. G. (2017). Sex Differences in the Prevalence of Oppositional Defiant Disorder During Middle Childhood: a Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(2), 313-325. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0170-8>
- Déry, M., Lapalme, M., Jagiellowicz, J., Poirier, M., Temcheff, C. & Toupin, J. (2017). Predicting Depression and Anxiety from Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Elementary School-Age Girls and Boys with Conduct Problems. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(1), 53-62. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0652-5>
- Drugli, M. B., Fossum, S., Larsson, B. & Mørch, W. (2010). Characteristics of young children with persistent conduct problems 1 year after treatment with the Incredible Years program. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(7), 559-565. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0083-y>
- Homem, T. C., Gaspar, M. F., Santos, M. J. S., Azevedo, A. F., Canavarro, M. A. (2015). Incredible Years Parent Training: does it Improve Positive Relationships in Portuguese Families of Preschoolers with Oppositional/Defiant Symptoms?. *Journal of Child and Family Studies*, 24(7), 1861-1875. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9988-2>
- Kyranides, M. N., Fanti, K. A., Katsimicha, A. & Georgiou, G. (2018). Preventing Conduct Disorder and Callous Unemotional Traits: Preliminary Results of a School Based Pilot Training Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(2), 291-303. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0273-x>
- Lavigne, J. V., Bryant, F. B., Hopkins, J. & Gouze, K. R. (2017). Age 4 Predictors of Oppositional Defiant Disorder in Early Grammar School. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1280806>
- Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. (2020). *Boletín Oficial del Estado*, 340,

de 30 de diciembre de 2020, 122868 a 122953.

<https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/29/3>

- Moore, A. A., Silberg, J. L., Roberson-Nay, R. & Mezuk B. (2017). Life course persistent and adolescence limited conduct disorder in a nationally representative US sample: prevalence, predictors, and outcomes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4), 435-443. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1337-5>
- Pauli, R., Kohls G., Tino, P., Rogers, J. C., Baumann, S., Ackermann, K., Bernhard, A., Martinelli, A., Jansen, L., Oldenhof, H., Gonzalez-Madruga, K., Smaragdi, A., Gonzalez-Torres, M. A., Kerexeta-Lizeaga, I., Boonmann, C., Kersten, L., Bigorra, A., Hervas, A., Stadler, C. ... De Brito, S. A. (2021). Machine learning classification of conduct disorder with high versus low levels of callous-unemotional traits based on facial emotion recognition abilities. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01893-5>
- Pasalich, D. D., Witkiewitz, K., McMahon, R. J., Pinderhughes, E. E. & CPPRG. (2016). Indirect Effects of the Fast Track Intervention on Conduct Disorder Symptoms and Callous-Unemotional Traits: Distinct Pathways Involving discipline and Warmth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(3). <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0059-y>
- Posthumus, J. A., Raaijmakers, A. J., Maassen, G. H., Van Engeland, H. & Matthys, W. (2012). Sustained Effects of Incredible Years as a Preventive Intervention in Preschool Children With Conduct Problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(4), 487-500. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9580-9>
- Salmanian, M., Asadian-Koohestani, F. & Mohammadi, M. R. (2017). A systematic review on the prevalence of conduct disorder in the Middle East. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(11), 1337-1343. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1414-9>

- Salmanian, M., Mohammadi, M. R., Mostafavi, S. A., Zarafshan, H., Ahmadi, A., Alavi, S. S., Shakiba, A., Rahgozar, M., Safavi, P., Arman, S., Delpisheh, A., Mohammadzadeh, S., Hosseini, S. H., Ostovar, R., Hojjat, S. H., Armani, A., Talepasand, S. & Amiri, S. (2020). Prevalence comorbidities, and sociodemographic predictors of conduct disorder: the national epidemiology of Iranian children and adolescents psychiatric disorders (IRCAP). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(10), 1385-1399. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01448-9>
- Waschbusch, D. A., Graziano, P. A., Willoughby, M. T. & Pelham Jr., W. E. (2015). Classroom Rule Violations in Elementary School Students With Callous-Unemotional Traits. *Journal of emotional and Behavioral Disorders*, 23(3), 180-192. <https://doi.org/10.1177/1063426614552903>
- Webster-Stratton, C., Gaspar, M. F. & Seabra-Santos, M. J. (2012). Incredible Years Parent, Teachers and Children's Series: Transportability to Portugal of Early Intervention Programs for Preventing Conduct Problems and Promoting Social and Emotional Competence. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 157-169. <https://doi.org/10.5093/in2012a15>
- Webster-Stratton, C. & Reid, M. J. (2010). The Incredible Years Parents, Teachers, and Children Training Series: A Multifaceted Treatment Approach for Young Children with Conduct Disorders. En J. Weisz & A. Kazdin (Ed.). *Evidence-Based psychotherapies for children and adolescents* (194-210). Guildford Press. <https://incredibleyears.com/article/the-incredible-years-parents-teachers-and-children-training-series-a-multifaceted-treatment-approach-for-young-children/>
- Winther, J., Carlsson, A. & Vance, A. (2014). A pilot study of a school-based prevention and early intervention program to reduce oppositional defiant disorder/conduct disorder. *Early Intervention in Psychiatry*, 8(2), 181-189. <https://doi.org/10.1111/eip.12050>

Zhang, J., Liu Weixiang., Zhang, J., Wu, Q., Gao, Y., Jiang, Y., Gao Junling., Yao, S. & Huang B. (2018). Distinguishing Adolescents With Conduct Disorder From Typically Developing Youngster Based on Pattern Classification of Brain Structural MRI. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12(152), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00152>