

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

Katie Quy, Argyris Stringaris

Edición: Matías Irrázaval, Andres Martin

Traducción: Fernanda Prieto Tagle, Noelia Gilbert Sánchez



Katie Quy MSc

Instituto de Educación, Unidad de Investigación Thomas Coram, Londres, Reino Unido

Conflictos de interés: no se declaran.

Argyris Stringaris MD, PhD, MRCPsych

Docente Senior, King's College London, Instituto de Psiquiatría, Reino Unido y Psiquiatra Consultor de Niños y Adolescentes, Clínica de Trastornos del Animo, Hospital Maudsley, Londres, Reino Unido

Conflictos de interés: no se declaran

Agradecimientos: Los autores agradecen al Profesor Stephen Scott por sus comentarios. El Dr Stringaris agradece profundamente el apoyo del Wellcome Trust.

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas en este libro son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de la [IACAPAP](#). Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de una nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©[IACAPAP](#) 2017. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de la [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe comentarios acerca de este libro o capítulo a jmreyATbigpond.net.au

Cita sugerida: Quy K, Stringaris A. Trastorno negativista desafiante. Irrázaval M, Andres Martin (eds) Prieto-Tagle F, Gilbert Sánchez N (trad). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2017.

Los trastornos del comportamiento disruptivo son frecuentes, y están asociados a un impacto negativo tanto para los niños como para sus familias, y a un rango de peores resultados adaptativos a lo largo del desarrollo (Ford et al, 2003; Burke et al, 2005; Copeland et al, 2009; Kim-Cohen et al, 2003; Costello et al, 2003). Los problemas del comportamiento disruptivo también están asociados a un mayor coste para la sociedad: se estima que los costes generados por los individuos con conductas antisociales en la infancia son al menos 10 veces más altos que los individuos que no presentan conductas antisociales, cuando alcanzan los 28 años de edad (Scott et al, 2001a).

Los dos principales sistemas de clasificación, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5; APA, 2014) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10; OMS, 1993) definen el trastorno negativista desafiante (TND) como un patrón persistente de enfado, irritabilidad y actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano. Este trastorno se caracteriza por la ausencia de conductas agresivas o antisociales más graves, que se asocian con un trastorno de conducta.

DIAGNÓSTICO

Los criterios diagnósticos del DSM-5 para el TND requieren que cuatro o más de los síntomas se manifiesten durante *al menos seis meses*. Los síntomas deben presentarse en un nivel mayor a lo esperado en individuos de edad y nivel de desarrollo similar, y deben tener un impacto negativo en el área social, educativa u otras importantes. Para realizar el diagnóstico de un TND debe excluirse la presencia de un trastorno de conducta. La CIE-10 destaca como características claves del TND un patrón persistente de conducta provocativa, hostil y rebelde, y un bajo umbral de respuesta ante estímulos emocionales.

EPIDEMIOLOGÍA

EL TND es un trastorno relativamente frecuente en la infancia, con una prevalencia del 2% al 10% (Maughan et al, 2004; Costello et al, 2003). Sin embargo, estas estimaciones de prevalencia varían dependiendo de factores como la fuente de información (p.e., padre vs. niño), tipo de reporte (p.e., concurrente vs. retrospectivo), o de si se incluyen o no niños que cumplen los criterios para un trastorno de conducta. El TND es significativamente más frecuente en niños que en niñas. Los síntomas son relativamente estables entre los cinco y diez años de edad, pero tienden a declinar a partir de entonces. El TND se diagnostica con menos frecuencia en niños mayores, en parte para evitar etiquetar como patológica la desaveniencia normativa que se produce entre los niños y sus padres durante la adolescencia. La Tabla D.2.1 resume las tasas de prevalencia de una serie de estudios importantes.

Diferencias transculturales en la prevalencia

Los datos obtenidos a partir de las encuestas de la Organización Mundial de la Salud y de la Salud Mental Mundial indican que la prevalencia del TND varía ampliamente de un país a otro. Por ejemplo, los datos de una encuesta internacional a gran escala publicada por Kessler et al (2007) mostraron marcadas diferencias en

Síntomas del Trastorno Negativista Desafiante en el DSM-5

Enfado/Irritabilidad

- A menudo está enfadado y resentido
- A menudo pierde la calma
- A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.

Discusiones/Actitud desafiante

- Discute a menudo con la autoridad o con los adultos
- A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas
- A menudo molesta a los demás deliberadamente
- A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

Vengativo

- Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

Tabla D.2.1 Estimación de la prevalencia del TND

	Rango etario	Niños (%)	Niñas (%)
Encuesta Inglesa de Salud Mental del Niño y Adolescente (Meltzer et al, 2000; Ford et al, 2003)	5-10 años	4.8	2.1
	11-15 años	2.8	1.3
El estudio "Great Smoky Mountains" (Costello et al, 2003) – prevalencia de tres meses	9-16 años	3.1	2.1
El estudio "Bergen Child Study" (Munkvold et al, 2009)	7-9 años	2.0	0.9

la prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos del control de impulsos (que incluyen el trastorno explosivo intermitente, el trastorno negativista desafiante, el trastorno de conducta, y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad).

Relación entre el TND y el trastorno de conducta

Ha sido objeto de debate hasta qué punto el TND y el trastorno de conducta deben ser considerados como trastornos separados, o como un trastorno único. Esto se refleja en los sistemas de clasificación existentes: en el DSM-5 el diagnóstico de trastorno de conducta puede incluir todos los criterios del TND, y se considera como un precursor del trastorno de conducta. En la CIE-10, el TND se considera sólo como una forma más suave del trastorno de conducta, por lo que ambos son considerados como una categoría única, como se ve en algunos estudios de investigación empírica (Kim-Cohen et al, 2003). Sin embargo, aún cuando se ha encontrado que el TND y el trastorno de conducta tienen altos niveles de comorbilidad, la mayoría de los niños diagnosticados con un TND no desarrollan posteriormente un trastorno de conducta (Rowe et al, 2002), y ambos trastornos se distinguen por una serie de diferentes correlatos (Dick et al, 2005; Nock et al, 2007).

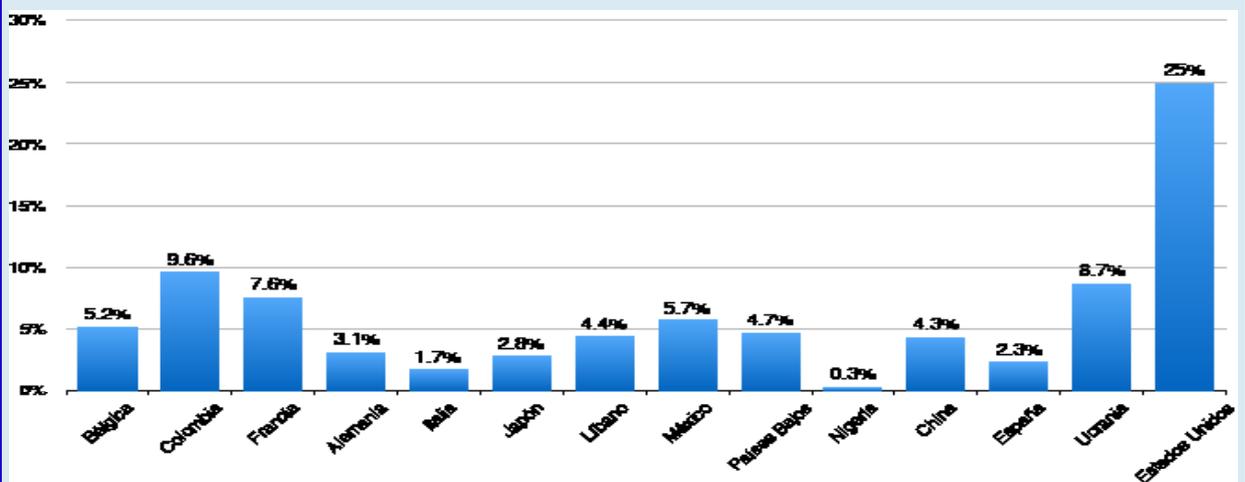
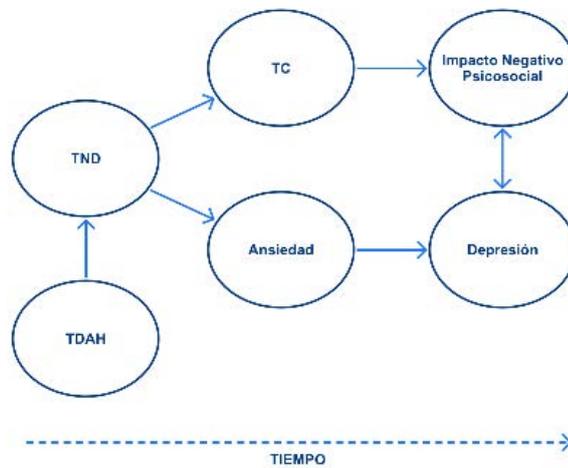
Figura D.2.1 Tasas de prevalencia de vida de los trastornos del control de impulsos (Kessler et al, 2007)

Figura D.2.2: La relación entre el TND y otros trastornos (modificado de Burke et al, 2005)

TND: trastorno negativista desafiante; TC: trastorno de conducta; TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad (precursor común del TND)

Relación entre el TND y otros trastornos (comorbilidad y continuidad heterotípica)

El TND es característicamente comórbido, ya que se produce junto con o antes de una amplia gama de alteraciones (Costello et al, 2003), incluyendo los trastornos depresivos y de ansiedad (en niñas), trastornos de conducta y trastornos de consumo de sustancias. Los niños con TDAH a menudo desarrollan un TND. La amplia gama de asociaciones entre el TND y otros trastornos se muestra en la Figura D.2.2.

Se ha identificado que el TND predice consistentemente la depresión (Copeland et al, 2009; Burke et al, 2010; Burke et al, 2005) y la ansiedad en etapas posteriores de la vida (Maughan et al, 2004). Sorprendentemente, Copeland et al (2009) encontraron que el trastorno negativista desafiante en la infancia predecía la depresión en los adultos jóvenes; la depresión y los trastornos de ansiedad a menudo habían sido precedidos por un TND, pero no por un trastorno de conducta. La relación entre el TND y los problemas emocionales es especialmente desconcertante – se ha propuesto que posiblemente son los aspectos afectivos del TND los que predicen los trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión (Burke et al, 2005; Stringaris y Goodman, 2009b)

En un intento por explicar la heterogeneidad de la relación entre el TND en la infancia y los trastornos que se presentan en la vida adulta, Stringaris y Goodman (2009a, 2009b) propusieron que los criterios del DSM-IV para el TND se categorizaran en tres dimensiones especificadas *a priori*, definidas como “irritabilidad,” “obstinación” y “conducta dañina”. Algunos autores (Rowe et al, 2010) han definido sólo dos dimensiones – irritabilidad y obstinación, mientras que otros han propuesto una división de los síntomas ligeramente diferente (Burke et al, 2010). Los resultados obtenidos hasta el momento sugieren que el ánimo “irritable” es un fuerte predictor de un trastorno emocional posterior (Stringaris

et al, 2009), mientras que la “obstinación” y las conductas “dañinas” predicen la presencia de problemas de conducta en el futuro. La utilidad clínica de estas distinciones aún debe ser establecida (Rowe et al, 2010; Burke et al, 2010; Aebi et al, 2010).

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

A pesar que no se ha identificado ninguna causa única del TND, se ha encontrado una serie de factores de riesgo y marcadores genéticos asociados a la conducta negativista.

Genética

Los factores genéticos contribuyen significativamente al desarrollo de los síntomas del TND, con estimaciones de heredabilidad superiores al 50%, donde los factores genéticos representan más del 70% de la variabilidad en medidas individuales, basadas en informes de los padres (Eaves et al, 1997). Mientras que algunos han sugerido que el TND comparte una superposición genética sustancial con el trastorno de conducta (Eaves et al, 2000), otros estudios han indicado efectos únicos para cada trastorno (Rowe et al, 2008, Dick et al, 2005). Además, parece que los factores genéticos subyacen a la relación entre el TND y el TDAH (Hewitt et al, 1997) así como también entre el TND y el trastorno depresivo (Rowe et al, 2008). En un estudio realizado en gemelos adolescentes, los síntomas autoreportados de irritabilidad en el TND compartían factores genéticos con los síntomas depresivos, mientras que los síntomas de “obstinación/conductas ofensivas” del TND compartían factores genéticos con los síntomas delictivos (Stringaris et al, 2012).

Interacción genética-ambiente

La noción de que los efectos de la exposición a un factor ambiental (p.ej. maltrato infantil) en la conducta de un niño dependen de la conformación genética presenta aparente validez y plausibilidad biológica (Rutter, 2006). En uno de los estudios pioneros en este campo (Caspi et al, 2002), se encontró que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen que codifica para la enzima metabolizadora del neurotransmisor monoamino oxidasa A (MAO-A), moderaba el efecto del maltrato infantil en la conducta futura y los problemas antisociales, aunque varios estudios posteriores no encontraron tal interacción. Los niños que han sido víctimas de maltrato y que tienen un genotipo que conduce a bajos niveles de actividad de la MAO-A tienden a presentar con frecuencia trastornos de conducta y comportamientos antisociales, en comparación con los niños que tienen un genotipo de MAO-A de alta actividad (Caspi et al, 2002). Este tema es analizado en el capítulo del trastorno de conducta (Capítulo D.3).

Edad de inicio

La edad de inicio de los síntomas antisociales (Moffitt, 1993) parece ser un buen predictor de los resultados posteriores. Moffitt (1993) hace una diferencia entre los niños cuyos síntomas aparecen por primera vez en la infancia y persisten en la adolescencia (inicio en la infancia persistente), y aquellos cuyos síntomas aparecen por primera vez en la adolescencia. Los individuos del grupo de inicio en la infancia y persistencia en la adolescencia, presentan peores resultados en la vida adulta, si se los compara con sus pares que desarrollaron los síntomas por primera vez en la adolescencia o con aquellos que no presentan trastornos (Moffitt, 2003;

Moffitt, 2006; Moffitt et al, 2002; Odgers et al, 2007; Farrington et al, 2006). La edad de inicio como un predictor de los resultados posteriores se analizará en profundidad en el Capítulo D.3.

Temperamento

Aspectos del temperamento en la infancia temprana, tales como la irritabilidad, impulsividad, o intensidad de reacción a estímulos negativos, pueden contribuir al desarrollo de un patrón de comportamiento negativista y desafiante. Es posible que el TND sea el resultado de diferentes trayectorias de temperamento, que podrían servir para explicar su comorbilidad. Stringaris et al (2010) demostraron que la comorbilidad entre el TND y los trastornos internalizantes estaba fuertemente asociada a la emocionalidad temprana del temperamento, mientras que un nivel de actividad alto predecía mejor la comorbilidad entre el TND y el TDAH.

Influencia de pares

Los niños que presentan conductas negativistas son más propensos a tener relaciones problemáticas o disruptivas con sus pares. Frecuentemente estos niños son rechazados por sus compañeros sin problemas, y tienden a relacionarse con niños con problemas de conducta. Parece que la relación entre el rechazo de pares y los síntomas del TND en la infancia es bidireccional, ilustrado en una serie de estudios sobre el acoso escolar (resumidos en Arseneault et al, 2010).

Rasgos insensibles y carentes de emociones

El concepto de psicopatía se ha extendido a los jóvenes en los últimos años (Frick et al, 1994), centrando el foco en los rasgos insensibles y carentes de emociones. Aunque no todos los niños diagnosticados con un trastorno de conducta tienen rasgos insensibles y carentes de emociones (Frick et al, 2000), la presencia de tales rasgos parece distinguir a un subgrupo de niños con problemas de conducta más graves. Los rasgos insensibles y carentes de emociones parecen ser altamente heredables (Viding et al, 2005) y se caracterizan por una pobre capacidad de reconocimiento de las emociones (especialmente de miedo) en la expresión facial (Blair et al, 2006; Dadds et al, 2006). La importancia de los rasgos insensibles y carentes de emociones se analizan en el Capítulo D.3.

Entorno

El amplio entorno que rodea al niño también puede ser un factor de riesgo. La conducta disruptiva se ha relacionado sistemáticamente con la desventaja social y económica y la violencia en el vecindario (Guerra et al, 1995; Rowe et al, 2002).

Factores familiares

En la etiología de los problemas de conducta disruptiva es cada vez más evidente la importancia de la interacción entre los genes y los factores ambientales a nivel familiar (Moffitt, 2005). La evidencia proporcionada por los estudios de adopción (O'Connor et al, 1998; Ge et al, 1996) muestra que los niños con alto riesgo genético de conducta antisocial tienen más probabilidad de recibir estrategias negativas de crianza por parte de sus padres adoptivos que los niños con bajo riesgo genético de comportamiento antisocial. Por el contrario, en estudios que han utilizado como muestra gemelos monocigóticos, se ha encontrado que los efectos a nivel familiar contribuyen al riesgo de los niños de presentar problemas



Gerald R Patterson, fundador del Centro de Aprendizaje Social de Oregon, describe los llamados “procesos familiares coercitivos” y su papel en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de conducta.

Tabla D.2.2 Herramientas de evaluación utilizadas para identificar el TND (síntomas o trastorno).

Tipo	Nombre	Disponibilidad
Cuestionarios	Inventario Eyberg del Comportamiento en Niños (ECBI: Eyberg & Ross, 1978; Eyberg & Robinson, 1983)	Puede ser adquirido en PAR
	Inventario de Conducta Infantil (Achenbach & Edelbrock, 1983)	Puede ser adquirido en ASEBA
	Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC-2: Reynolds & Kamphaus, 2004)	Puede ser adquirido en Pearson
	Escala de Conducta Infantil de Connors (Connors & Barkley, 1985)	Puede ser adquirido en MHS
	Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ: Goodman, 1997)	Disponible de forma gratuita sujeta a condiciones en el sitio web del SDQ .
Entrevistas semi-estructuradas	Evaluación Psiquiátrica del Niño y el Adolescente (Angold & Costello, 2000)	Disponible de forma gratuita en la Universidad de Duke , sujeto a autorización del autor.
Entrevistas estructuradas	La Evaluación del Desarrollo y Bienestar (DAWBA: Goodman et al, 2000) combina cuestionarios y entrevistas (ambas con elementos estructurados y semiestructurados)	Disponible de forma gratuita en el sitio web de la DAWBA , para uso no comercial.
	Entrevista Diagnóstica Estructurada para Niños (DISC: Shaffer et al, 1993; Schwab-Stone et al, 1993; Shaffer et al, 2000; Shaffer et al, 2004)	Disponible por solicitud vía correo electrónico a disc@worldnet.att.net (cargo administrativo para copias en papel)
Instrumentos de observación	Escala de Observación Diagnóstica del Comportamiento Disruptivo (Wakschlag et al, 2008b, Wakschlag et al, 2008a)	

externalizantes más allá de las características genéticas del niño (Jaffee et al, 2003; Caspi et al, 2004). En otras palabras, el comportamiento de los padres hacia los hijos puede ser un verdadero factor de riesgo ambiental.

Modelos de influencia familiar

Patterson (1982) propuso un modelo sobre cómo el comportamiento de los padres puede exacerbar la conducta negativa de los niños y resultar en lo que él llamó “procesos familiares coercitivos”. Su trabajo ha demostrado que los padres de niños con problemas de conducta tienen más probabilidad de ser inconsistentes en la aplicación de las reglas, y de dar órdenes que no son claras o son el resultado del estado emocional de los padres más que supeditadas al comportamiento del niño. Un proceso coercitivo recíproco típico surgiría si, por ejemplo, un padre respondiese de forma excesivamente severa a un comportamiento levemente disruptivo del niño, con el resultado de que el niño intensificaría aún más su comportamiento de oposición. Esto, a su vez llevaría a respuestas aún más duras por parte del padre. El resultado es a menudo que el padre termina rindiéndose, reforzando el comportamiento negativo del niño. Esta “recompensa” paradójica del comportamiento negativo del niño puede aumentar y mantener las conductas opositoras, y por tanto, es el objetivo específico de las intervenciones terapéuticas (ver más adelante).

Juan tiene 7 años de edad. Su madre decía que él era un niño “difícil” y que “siempre” fue así. Él perdía la paciencia por cuestiones aparentemente triviales, como por ejemplo cuando perdía en un videojuego al jugar con su mejor amigo: “su cara se pone roja y comenza a bufar, gritar y llorar”. También se enfadaba a menudo sin motivo aparente. Su madre decía que cuando él no quería hacer algo, “simplemente no lo hace”. Con frecuencia se negaba a ir a la cama; “tenemos conflictos masivos cada noche a causa de esto”. A veces Juan se enfadaba tanto que rompía sus propios juguetes o los tiraba lejos.

Juan no había tenido contacto con su padre desde los seis meses de edad. Su madre decía que el padre de Juan era “un hombre gruñon y agresivo”, que frecuentemente gritaba y perdía la paciencia.

Su educadora señalaba que Juan era contestador, se negaba a hacer lo que se le pedía en clase, y constantemente molestaba a otros niños, arrojándoles trozos de papel y cogiendo sus lápices o juguetes. A los otros niños de la clase no les gustaba jugar con Juan, lo que lo enfadaba. Algunos niños mayores se burlaban de él y lo empujaban en el patio de recreo. A menudo volvía a casa triste y malhumorado.

La madre de Juan refirió que estaba “al límite de su capacidad de aguante” y que “no puedes razonar con él, no puedes gritarle, nada funciona – no importa lo que haga, simplemente no funciona”.

Juan y su madre fueron atendidos en el servicio local de salud mental para niños y adolescentes. Basándose en sus síntomas y nivel de impacto negativo, Juan fue diagnosticado con un TND, y a su madre se le ofreció participar de un curso de manejo conductual para padres.

Después de varias semanas de asistencia al curso, la madre ya identificaba que éste era muy útil para lidiar con el comportamiento de Juan. Al término de la intervención, Juan ya no presentaba los síntomas significativos del TND. Sus rabietas eran poco frecuentes, y en general estaba mucho menos desafiante. Él y su madre eran más capaces de jugar y disfrutar de las actividades que realizaban juntos. La madre de Juan dice que ahora le resulta más fácil identificar las conductas positivas de Juan, y reforzarlas adecuadamente.

EVALUACIÓN

Instrumentos de evaluación

Es posible evaluar los problemas de conducta negativista en niños de tan sólo 5 años de edad (Kim-Cohen et al, 2005). Existe una amplia gama de instrumentos para valorar los síntomas del TND y para apoyar el proceso de diagnóstico y seguimiento. Los profesionales siempre deben tener en cuenta que el diagnóstico se basa en su juicio y en la integración de la información obtenida a través de las entrevistas, el examen clínico, las escalas y otros medios de evaluación (resumidos en la Tabla D.2.2).

Algunos criterios útiles para la evaluación de niños con TND son: a) intentar obtener información de la mayor cantidad de fuentes posibles (padres, niño, educadores); b) evaluar problemas psiquiátricos comórbidos, especialmente TDAH; c) evaluar los factores de riesgo a nivel familiar, escolar y comunitario. Los niños con problemas de conducta disruptiva frecuentemente provienen de ambientes desfavorecidos. Es importante identificar los factores que mantienen o incrementan el comportamiento oposicionista (como el acoso escolar o el rechazo de los pares). Lo mismo sucede con el desempeño en la escuela: un niño con dificultades de lectura o hiperactividad puede ser más propenso a manifestar conductas oposicionistas en la escuela.

Diagnóstico diferencial

La conducta de oposición se puede observar en muchos trastornos que se manifiestan en la infancia. Es importante que el profesional identifique los casos en los que otros trastornos podrían explicarla. Por ejemplo, no es infrecuente que niños que desarrollan una fobia específica u otros trastornos de ansiedad (como el TOC) se vuelvan negativistas y no cooperen, particularmente en situaciones

en las que esperan estar expuestos a la situación temida. Los profesionales que trabajan con niños con TOC cuyos rituales se ven interrumpidos conocen muy bien este fenómeno. En estos casos, asignar un diagnóstico de trastorno negativista desafiante y errar en reconocer y abordar el trastorno de ansiedad subyacente es contraproducente. Lo mismo ocurre en los niños con TDAH, que a menudo desarrollan conductas de oposición. En efecto, la razón de derivación de esos niños puede ser la conducta de oposición. Es fundamental que el profesional pueda ver el TDAH como el problema subyacente, aún cuando la principal preocupación de los padres sea la conducta de oposición de sus hijos. Esto tiene implicaciones importantes en el tratamiento. Situaciones similares pueden surgir también en niños con autismo, que pueden volverse opositores ante cambios en la rutina o debido a sensibilidad sensorial. También aquí los profesionales deben reconocer los posibles problemas que pueden estar a la base, y asegurar que estos sean tratados adecuadamente.

TRATAMIENTO

Los principios generales se aplican tanto al tratamiento del TND como a otros trastornos psiquiátricos. Es fundamental identificar las comorbilidades, ya que es probable que requieran tratamiento independiente. Esto es particularmente cierto para el TDAH y en gran medida también para la depresión y ansiedad infantil. Siempre se deben evaluar los factores de riesgo tratables o modificables (p.e., acoso escolar actual o fracaso escolar debido a problemas de aprendizaje), y deben abordarse como parte del tratamiento ofrecido a la familia.

Hay una serie de tratamientos, dependiendo de las necesidades del niño y la familia. Por ejemplo, el comportamiento que se manifiesta predominantemente en el hogar o en la escuela puede ser manejado de forma más eficiente utilizando un tratamiento diseñado para abordar cuestiones específicas del hogar o de la escuela. Los problemas más graves pueden requerir un trabajo individual más intensivo (Moffitt & Scott, 2008).

Entrenamiento parental en el manejo de conductas

El entrenamiento parental en el manejo de conductas basado en los principios del aprendizaje social es un aspecto clave del tratamiento en el TND. Los patrones problemáticos de interacción padre-hijo están implicados en el desarrollo y mantenimiento de la conducta negativista; se ha identificado que los principios del aprendizaje social, particularmente en relación con el condicionamiento operante (el papel del refuerzo/consecuencias en la modificación de la conducta), son útiles para modificar el comportamiento tanto de los padres como de los hijos (Feldman & Kazdin, 1995). El entrenamiento parental en el manejo de conductas enseña a los padres a identificar las conductas prosociales y las conductas problemáticas, y a aplicar técnicas de castigo y refuerzo diseñadas para aumentar la frecuencia de los comportamientos deseados y disminuir la frecuencia de los no deseados (esto es descrito en detalle en el Capítulo A.12).

Ejemplos de programas de parentalidad para padres

A continuación, se proponen diversos programas basados en la teoría de aprendizaje social que han demostrado ser eficaces para abordar la conducta antisocial de inicio temprano:



Un grupo de padres graduados de un programa de crianza en Sudáfrica.
Fuente: Beautifulgate.

- *Los Años Increíbles (The Incredible Years) (Webster-Stratton, 1981)*

Uno de los programas más validados es “Los Años Increíbles” de Webster-Stratton, un programa de entrenamiento basado en la conducta diseñado para ser utilizado con los padres (Webster-Stratton & Hammond, 1997; Webster-Stratton, 1982; Webster-Stratton, 1981), los educadores y los niños (Webster-Stratton & Hammond, 1997). Scott y colaboradores (2001b) llevaron a cabo un estudio controlado multicéntrico de la versión grupal para padres en una muestra de 141 padres (grupo intervención, n=90; Grupo control en lista de espera, n=51) de niños de 3 a 8 años de edad que habían sido derivados por presentar conductas antisociales al servicio multidisciplinario local de salud mental infantil y adolescente. Los participantes utilizaron el programa “Básico” basado en videos (Webster-Stratton & Hancock, 1998). Éste incluía de 13 a 16 sesiones semanales de 2 horas de duración cada una, donde los padres observaban segmentos de video con escenas que mostraban formas *correctas e incorrectas* de manejar la conducta de los niños. El programa trataba temas como el juego, elogios y recompensas, el establecimiento de límites y el manejo de conductas incorrectas. Después de ver los videos, se anima a los padres a analizar la conducta de sus propios hijos y ensayar diferentes formas de manejarla. Los padres también recibían semanalmente actividades para realizar en casa (tareas) y se realizaba un seguimiento del progreso mediante contacto telefónico. El coste del programa fue similar al del tratamiento individual. En comparación con los controles, en el grupo que recibió la intervención se observó una disminución sustancial y estadísticamente significativa de la conducta antisocial y la hiperactividad reportada por los padres, así como de la frecuencia de los problemas por día en los reportes de los padres; de los problemas de conducta y dificultades totales medidas por el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ) (Goodman, 1997); de las puntuaciones de problemas externalizantes y problemas totales evaluados por el Inventario de Conducta Infantil (CBCL) (Achenbach & Edelbrock, 1983); de los problemas definidos por los padres (los tres problemas que los padres identificaban como los que más deseaban que mejoraran); y del diagnóstico de trastorno negativista desafiante de la CIE-10. También se evaluó la conducta de los padres y se observó una reducción significativa

Metas en el manejo del TND (Fraser & Wray, 2008)

Para los padres

- Mejorar las habilidades parentales positivas
- Potenciar las habilidades de resolución de problemas, de conflictos y comunicación

Para el niño

- Desarrollo de una comunicación efectiva, y de habilidades de resolución de problemas y manejo de la ira

Para la familia

- Terapia y asesoramiento familiar para lidiar con el estrés en las relaciones y en el ambiente familiar

En el aula

- Alentar al profesorado o al equipo de orientación escolar a proporcionar clases de habilidades sociales para mejorar las relaciones entre pares.

del número de instrucciones inapropiadas. Existen otros dos programas: el “Avanzado”, diseñado para el manejo de la relación entre los padres, y el programa “Colaboradores”, diseñado para apoyar las habilidades académicas de los niños, y fortalecer las relaciones entre el educador y los padres. La integración de estos tres programas ha logrado los avances más sustanciales.

- *Triple P—Programa de Parentalidad Positiva*

El Triple P es un programa de crianza y apoyo a la familia basado en la evidencia, diseñado para prevenir y manejar los problemas de conducta en niños preadolescentes, por medio del fortalecimiento de las habilidades parentales y la mejora de la relación padre-hijo. El programa incluye múltiples niveles: una intervención universal diseñada para proporcionar información acerca de temas relativos a la crianza para padres interesados; asesoramiento en conductas problemáticas específicas; programas breves de asesoramiento y entrenamiento para padres en el manejo de problemas de comportamiento en menores; y programas más intensivos que incluyen el entrenamiento en estrategias de manejo del ánimo, en habilidades de afrontamiento y en habilidades de apoyo a la pareja, diseñados para abordar problemas de conducta más persistentes y generalizados. El Triple P ha sido validado en una serie de estudios con un amplio rango de tipos de familias y culturas (Graaf et al, 1998, Bor et al, 2002) (vease Capítulo A.12).

Enfoques alternativos

Se han propuesto estrategias alternativas para tratar los problemas de conducta en familias donde los programas descritos anteriormente no han tenido éxito. Scott y Dadds (2009) sugieren una serie de formas alternativas de plantear la intervención, que pueden proporcionar un marco para abordar los factores que limitan la eficacia de los programas de entrenamiento para padres. Ellos recomiendan tener en cuenta la seguridad del apego y la relación padre-hijo al plantear las estrategias de intervención, a fin de considerar las repercusiones que puede tener un apego inseguro o desorganizado en el sentido que se da a los castigos o recompensas. Además, ellos enfatizan la importancia del contexto social más amplio, que puede tener un impacto significativo en el niño, como por ejemplo la relación entre los padres, los hermanos, la familia extensa y la comunidad. Finalmente, ellos alientan a los profesionales a considerar las creencias e ideas que tienen los padres respecto al niño (o aspectos de la crianza) que pueden estar interfiriendo con el tratamiento.

Intervenciones basadas en la escuela

Se pueden proporcionar herramientas adicionales a las educadoras para promover mejoras del comportamiento en el aula. La teoría del aprendizaje social es clave en este enfoque. Moffitt y Scott (2008) plantean que deben abordarse cuatro dominios primarios de funcionamiento:

1. Promover la aceptación y adherencia a las reglas del aula y las conductas adecuadas
2. Apoyar el desarrollo de habilidades de resolución de conflictos
3. Prevenir el comportamiento problemático
4. Evitar que el comportamiento oposicionista escale.

Terapia individual – manejo de la ira

La evidencia disponible indica que la terapia cognitivo conductual (TCC) basada en el entrenamiento del manejo de la ira puede ser particularmente útil en este caso (Beck & Fernandez, 1998; Lochman et al, 2011). Este entrenamiento se centra en las habilidades de afrontamiento e incluye intervenciones de inoculación de estrés basadas en tres elementos: preparación cognitiva, adquisición de habilidades y ensayo de su aplicación práctica (Meichenbaum, 1996). En la primera fase, la preparación cognitiva, el instructor procura establecer una relación con el paciente. Se le enseña al paciente a reconceptualizar los estresores como problemas potencialmente modificables, que pueden ser manejados mediante el uso de habilidades de afrontamiento. En la segunda fase, de adquisición de habilidades, se le enseña al paciente habilidades específicas para hacer frente a los problemas, tales como la autoregulación emocional, la aceptación, la resolución de problemas, y procedimientos de desviación de la atención; y las herramientas que pueden ser aplicados a problemas particulares experimentados por el paciente y su familia. En la fase final, el paciente aprende a poner estas estrategias adquiridas en práctica. Los estresores se introducen gradualmente (por ejemplo, utilizando juegos de rol), hasta que el paciente pueda utilizar estas estrategias de afrontamiento en situaciones de la vida real.

Terapia farmacológica

No existe evidencia que la medicación sea efectiva para el tratamiento del TND. En los niños con TDAH, el tratamiento con estimulantes mejora la conducta y los síntomas oposicionistas (NICE, 2008); sin embargo, no existe evidencia que apoye el uso de estimulantes para el tratamiento de los síntomas oposicionistas en niños sin TDAH. Un estudio realizado en niños con TDAH (Blader et al, 2009) demostró que el valproato sódico puede ser útil para aquellos niños cuya conducta agresiva no respondía a los estimulantes. Sin embargo, los niños del estudio estaban hospitalizados, y por tanto, puede ser que los resultados no sean aplicables a niños en tratamiento ambulatorio. Un estudio realizado sobre el uso de litio en niños con irritabilidad severa no mostró efectos significativos (Dickstein et al, 2009); y aún no está claro si el efecto que tiene la risperidona en el comportamiento difícil de los niños con autismo (McCracken et al, 2002) o con trastornos del desarrollo puede ser extrapolado a niños de desarrollo típico. Los inhibidores de la recaptación de serotonina se utilizan en algunos casos para el tratamiento de la ira en adultos, pero no existe evidencia de su efectividad en niños y adolescentes.

Durante los últimos 10-15 años ha habido un aumento dramático del diagnóstico del trastorno bipolar, particularmente en los Estados Unidos (Blader & Carlson, 2007; Moreno et al, 2007), asociado a un incremento de la prescripción de fármacos antipsicóticos en niños (Olfson et al, 2006). Se ha planteado que casos que presentan síntomas típicos del TND, como la irritabilidad, han sido diagnosticados erróneamente como un trastorno bipolar. No existe evidencia suficiente que respalde tal expansión de los límites diagnósticos del trastorno bipolar (Leibenluft, 2011; Stringaris, 2011), y de acuerdo a la evidencia disponible actualmente, no se debe administrar fármacos antimaníacos a niños que presentan sólo un TND (para un análisis más detallado de este tema vea el Capítulo E.3). El uso juicioso de agentes sedantes en situaciones de emergencia, o el uso de antagonistas dopaminérgicos (p.e., risperidona) utilizados por un período breve de tiempo para el manejo de

No existe evidencia de que la medicación sea efectiva en el tratamiento del TND. En los niños con TDAH, se sabe que el tratamiento con estimulantes mejora la conducta y los síntomas oposicionistas; sin embargo, no hay suficiente evidencia disponible que respalde el uso de estimulantes para el tratamiento de los síntomas oposicionistas en niños sin TDAH.

un síntoma específico puede considerarse de forma individual en cada caso. Los profesionales que utilicen estos medicamentos deben informar extensamente a los padres y al niño de las razones por las cuales se sugiere su uso (en lugar de otras alternativas), así como también de los efectos secundarios potenciales. Desde el principio del tratamiento deben acordarse objetivos claros (p.e., reducción/cambio en conductas específicas o en la puntuación de determinadas escalas) tanto dentro del equipo clínico como con los pacientes y cuidadores. Los efectos del tratamiento (y los no deseados) deben ser revisados cuidadosa y regularmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach TM, Edelbrock C (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*, Burlington, VT: Queen City Printers.
- Aebi M, Müller UC, Asherson P et al (2010). Predictability of oppositional defiant disorder and symptom dimensions in children and adolescents with ADHD combined type. *Psychological Medicine*, 40:2089–2100.
- Angold A, Costello E (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:39–48.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2000). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (Cuarta Edición)*, Revisado, Washington, DC: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (Quinta Edición)*, Washington, DC: Asociación Americana de Psiquiatría
- Arseneault L, Bowes L, Shakoor S (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: 'Much ado about nothing'? *Psychological Medicine*, 40:717-729.
- Beck R, Fernandez E (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: a meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22:63-74.
- Blader JC, Carlson GA (2007). Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. *Biological Psychiatry*, 62:107.
- Blader JC, Schooler NR, Jensen PS et al (2009). Adjunctive divalproex versus placebo for children with ADHD and aggression refractory to stimulant monotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 166:1392-1401.
- Blair RJ, Peschardt KS, Budhani S et al (2006). The development of psychopathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:262.
- Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/ hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30:571-587.
- Burke JD, Hipwell AE, Loeber R (2010). Dimensions of oppositional defiant disorder as predictors of depression and conduct disorder in preadolescent girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49:484-492.
- Burke JD, Loeber R, Lahey BB et al (2005). Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46:1200-1210.
- Caspi A, McClay J, Moffitt TE et al (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297:851.
- Caspi A, Moffitt TE, Morgan J et al (2004). Maternal expressed emotion predicts children's antisocial behavior problems: using monozygotic-twin differences to identify environmental effects on behavioral development. *Developmental Psychology*, 40:149-161.
- Conners CK, Barkley RA (1985). Rating scales and checklists for child psychopharmacology. *Psychopharmacology Bulletin*, 21:809-843.
- Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ et al (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66:764-772.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A et al (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60:837-844.
- Dadds MR, Perry Y, Hawes DJ et al (2006). Attention to the eyes and fear-recognition deficits in child psychopathy. *British Journal of Psychiatry*, 189:280-281.
- Dick DM, Viken RJ, Kaprio J et al (2005). Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33:219-229.
- Dickstein DP, Towbin KE, van der Veen JW et al (2009). Randomized double-blind placebo-controlled trial of lithium in youths with severe mood dysregulation. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 19:61-73.

- Eaves L, Rutter M, Silberg JL et al (2000). Genetic and environmental causes of covariation in interview assessments of disruptive behavior in child and adolescent twins. *Behavior Genetics*, 30:321-334.
- Eaves LJ, Silberg JL, Meyer JM et al (1997). Genetics and developmental psychopathology: 2. the main effects of genes and environment on behavioral problems in the Virginia twin study of adolescent behavioral development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:965-980.
- Eyberg SM, Robinson EA (1983). Conduct problem behavior: Standardization of a behavioral rating scale with adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12:347-354.
- Eyberg SM, Ross AW (1978). Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 7:113-116.
- Farrington DP, Coid JW, Harnett LM et al (2006). *Criminal Careers up to Age 50 and Life Success up to Age 48: New Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development*. Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- Feldman J, Kazdin AE (1995). Parent management training for oppositional and conduct problem children. *The Clinical Psychologist*, 48:3-5.
- Ford T, Goodman R, Meltzer H (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:1203-1211.
- Fraser A, Wray J (2008). Oppositional defiant disorder. *Australian Family Physician*, 34:402-405.
- Frick PJ, Bodin SD, Barry CT (2000). Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic-referred samples of children: Further development of the Psychopathy Screening Device. *Psychological Assessment*, 12:382-393.
- Frick PJ, O'Brien BS, Wootton JM et al (1994). Psychopathy and conduct problems in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 103:700-707.
- Ge X, Conger RD, Cadoret RJ et al (1996). The developmental interface between nature and nurture: A mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors. *Developmental Psychology*, 32:574-589.
- Goodman R (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:581-586.
- Goodman R, Ford T, Richards H et al (2000). The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41:645-655.
- Graaf ID, Speetjens P, Smit F et al (1998). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: a meta-analysis. *Behaviour Modification*, 32:714-735.
- Guerra NG, Huesmann LR, Tolan PH et al (1995). Stressful events and individual beliefs as correlates of economic disadvantage and aggression among urban children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62:518-528.
- Hewitt JK, Eaves LJ, Silberg JL et al (1997). Genetics and developmental psychopathology: 1. Phenotypic assessment in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:943-963.
- Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A et al (2003). Life with (and without) father: The benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child Development*, 74:109-126.
- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC et al (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6:168-176.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE et al (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60:709-717.
- Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A et al (2005). Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. *Archives of General Psychiatry*, 62:173-181.
- Leibenluft E (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *American Journal of Psychiatry*, 168:129-142.
- Lochman JE, Powell NP, Boxmeyer CL et al (2011). Cognitive behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 20:305-318.
- Maughan B, Rowe R, Messer J et al (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45:609-621.
- McCracken JT, McGough J, Shah B et al (2002). Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *New England Journal of Medicine*, 347:314-321.
- Meichenbaum D (1996). Stress inoculation training for coping with stressors. *The Clinical Psychologist*, 49:4-7.
- Meltzer H, Gatward R, Goodman R et al (2000). *The Mental Health Of Children And Adolescents in Great Britain*. Office for National Statistics.
- Moffitt TE (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100:674-701.
- Moffitt TE (2003). Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A 10-year research review and a research agenda. In TMB LAHEY, A CASPI (eds) *Cause of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency*, New York: Guilford Press, pp 49-75.
- Moffitt TE (2005). The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene-environment interplay in antisocial behaviors. *Psychological Bulletin*, 131:533-554.

- Moffitt TE (2006). Life-course persistent versus adolescence-limited antisocial behavior: Research review. In D CICCHETTI and DJ COHEN (eds.) *Developmental Psychopathology*. New York: Wiley.
- Moffitt TE, Caspi A, Harrington H et al (2002). Males on the life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, 14:179-207.
- Moffitt TE, Scott S (2008). Conduct disorders. In M Rutter, D Bishop, D Pine et al (eds) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Wiley-Blackwell, pp543-564.
- Moreno C, Laje G, Blanco C et al (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of General Psychiatry*, 64:1032-1039.
- Munkvold L, Lundervold A, Lie SA et al (2009). Should there be separate parent and teacher-based categories of ODD? Evidence from a general population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50:1264-1272.
- NICE (2008). [Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People, and Adults](#).
- Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E et al (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48:703-713.
- O'Connor TG, Deater-Deckard K, Fulker DW et al (1998). Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence: Antisocial behavioral problems and coercive parenting. *Developmental Psychology*, 34:970-981.
- Ogders CL, Caspi A, Broadbent JM et al (2007). Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. *Archives of General Psychiatry*, 64:476-484.
- Olfson M, Blanco C, Liu L et al (2006). National trends in the outpatient treatment of children and adolescents with antipsychotic drugs. *Archives of General Psychiatry*, 63:679-685.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10: Criterios Diagnósticos para la Investigación*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Patterson GR (1982). *Coercive Family Process*: Eugene, OR: Castalia.
- Reynolds CR, Kamphaus RW (2004). *BASC-2: Behavior Assessment System for Children*, Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service.
- Rowe R, Costello EJ, Angold A et al (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119:726-738.
- Rowe R, Maughan B, Pickles A et al (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43:365-373.
- Rowe R, Rijdsdijk FV, Maughan B et al (2008). Heterogeneity in antisocial behaviours and comorbidity with depressed mood: a behavioural genetic approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:526-534.
- Rutter M (2006). *Genes and Behaviour, Nature-Nurture Interplay Explained*. Willey-Blackwell.
- Schwab-Stone M, Fisher PW, Piacentini J et al (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children--Revised version (DISC--R): II. Test-retest reliability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32:651-657.
- Scott S, Dadds MR (2009). Practitioner Review: When parent training doesn't work: theory-driven clinical strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50:1441-1450.
- Scott S, Knapp M, Henderson J et al (2001a). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323:191.
- Scott S, Spender Q, Doolan M et al (2001b). Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *British Medical Journal*, 323:194.
- Shaffer D, Fisher P, Lucas C (2004). The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC): Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2: Personality assessment. In MJ Hilsenroth, DL Segal, M Hersen (eds). Willey, pp256-270.
- Shaffer D, Fisher P, Lucas C et al (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:28-38.
- Shaffer D, Schwab-Stone M, Fisher P et al (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): I. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32:643-650.
- Stringaris A (2011). Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5. *European Child and Adolescent Psychiatry* (in press).
- Stringaris A, Cohen P, Pine DS et al (2009). Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. *American Journal of Psychiatry*, 166:1048-1054.
- Stringaris A, Goodman R (2009a). Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48:404-412.
- Stringaris A, Goodman R (2009b). Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50:216-223.
- Stringaris A, Maughan B, Goodman R (2010). What's in a disruptive disorder? Temperamental antecedents of oppositional defiant disorder: findings from the Avon longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49:474-483.

- Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E et al (2012). Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *American Journal of Psychiatry*, 169:47-54.
- Viding E, Blair RJ, Moffitt TE et al (2005). Evidence for substantial genetic risk for psychopathy in 7-year-olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46:592-597.
- Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ, Hill C et al (2008a). Observational assessment of preschool disruptive behavior, part II: Validity of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47:632-641.
- Wakschlag LS, Hill C, Carter AS et al (2008b). Observational assessment of preschool disruptive behavior, part I: Reliability of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47:622-631.
- Webster-Stratton C (1981). Modification of mothers' behaviors and attitudes through videotape modeling group discussion program. *Behavior Therapy*, 12:634-642.
- Webster-Stratton C (1982). The long term effects of a videotape modeling parent training program: Comparison of immediate and 1-year follow-up results. *Behavior Therapy*, 13:702-714.
- Webster-Stratton C, Hammond M (1997). Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65:93-109.
- Webster-Stratton C, Hancock LT (1998). Training for parents of young children with conduct problems: content, methods, and therapeutic processes. In JM Briesmeister, CE Schaefer (eds) *Handbook of Parent Training*. New York: Wiley.