

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Intervención de rehabilitación neuropsicológica para  
trastorno de conducta con habilidades prosociales limitadas  
con inicio en la infancia  
Proyecto de investigación**

**Lizeth Gabriela Barreno Caicedo**

**Licenciatura en Psicología**

Trabajo de titulación presentado como requisito  
para la obtención del título de  
Licenciada en Psicología

Quito, 12 de diciembre de 2018

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ  
COLEGIO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Intervención de rehabilitación neuropsicológica para trastorno de conducta  
con habilidades prosociales limitadas con inicio en la infancia**

**Lizeth Gabriela Barreno Caicedo**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Ana María Viteri, Ph. D en Psicología

Firma del profesor

---

Quito, 12 de diciembre de 2018

### **Derechos de Autor**

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: Lizeth Gabriela Barreno Caicedo

Código: 00128628

Cédula de Identidad: 1719771410

Lugar y fecha: Quito, 12 de diciembre de 2018

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo comprobar; por medio de un análisis de estudios, investigaciones y propuestas; si una intervención de rehabilitación neuropsicológica puede postularse como una intervención temprana eficaz para el desarrollo de habilidades sociales en la sicopatología de trastorno de conducta con habilidades prosociales limitadas y que empieza en la infancia. Este estudio se enfocará en una propuesta de tratamiento ambientada para niños y niñas de siete a diez años de edad de la ciudad de Quito. La motivación a esta propuesta es la vulnerabilidad presente en Ecuador a factores de riesgo para el desarrollo de esta problemática de interés para la humanidad

*Palabras clave:* Trastorno de conducta, trastorno disocial, trastorno de conducta de inicio en la infancia, trastornos de personalidad antisocial, criminalidad, habilidades prosociales limitadas, comportamiento prosocial, rehabilitación neuropsicológica.

## ABSTRACT

The aim of the following research is to check through study analyses, surveys, and proposals; whether a neuropsychological rehabilitation intervention could postulate as an efficient early intervention, capable of developing prosocial skills in early-onset conduct disorder with callous and unemotional traits psychopathology. This survey is going to focus on a treatment proposal oriented to children from seven to ten years old in Quito city. The motivation of this proposal is the existing Ecuador's vulnerability of risk factors for the development of these appeal issues for humanity.

*Key words:* Conduct disorder, dissocial disorder, early onset conduct disorder, antisocial personality disorders, criminality, limited prosocial skills, prosocial behavior, neuropsychological rehabilitation

## TABLA DE CONTENIDO

<b>Introducción.....</b>	<b>8</b>
Antecedentes.....	14
Problema.....	24
Pregunta de Investigación .....	28
Propósito del Estudio .....	28
El significado del estudio.....	28
<b>Revisión de la literatura.....</b>	<b>30</b>
Fuentes.....	30
Formato de la Revisión de la Literatura.....	30
Introducción.....	31
Trastorno de conducta.....	33
Trastorno de conducta de inicio en infancia y de inicio en la adolescencia....	51
Trastorno de conducta con habilidades pro-sociales limitadas.....	52
Habilidades prosociales.....	59
Rehabilitación Neuropsicológica.....	65
Rehabilitación neuropsicológica en funciones ejecutivas.....	73
Rehabilitación neuropsicológica de modificación de lo conductual.....	74
Rehabilitación Neuropsicológica en habilidades prosociales.....	74
Rehabilitación Neuropsicológica en trastorno de conducta con emociones prosociales limitadas.....	76

<b>Metodología y diseño de la investigación</b> .....	83
Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada.....	83
Participantes.....	84
Criterios de inclusión.....	85
Criterios de exclusión.....	85
Herramientas de Investigación Utilizadas.....	85
Procedimiento de recolección y Análisis de Datos.....	89
Consideraciones Éticas.....	92
<b>Resultados esperados</b> .....	93
<b>Discusión</b> .....	97
Conclusiones.....	100
Limitaciones de Estudio.....	101
Recomendaciones para Futuros Estudios.....	102
<b>Referencias</b> .....	103
<b>ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes</b> .....	120
<b>ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado</b> .....	122
<b>ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información</b> .....	124

## INTRODUCCIÓN

Los comportamientos anormales, particularmente, aquellos que se definen como antisociales han sido una problemática de crucial interés para la investigación y para la humanidad a causa de su impacto. Se han dedicado años de estudio para comprender los factores que originan y mantienen estas conductas, además se han aplicado programas para poder combatir y neutralizar sus consecuencias (Norberg, 2010). Algunas de estas investigaciones basaron sus estudios en acciones disruptivas, antisociales y delictivas desde tempranas edades con enfoques sociales, legales, biológicos y educacionales (Warren, 1951). A raíz de ello, en 1968 se codificó por primera vez el trastorno de conducta, para englobar el comportamiento antisocial, tras algunas investigaciones (Norberg, 2010).

Actualmente, se identifica al trastorno de conducta o trastorno disocial (TD) como una psicopatología que se define por un conjunto de acciones repetitivas y de carácter crónico relacionadas con ataques y quebrantamientos hacia la normativa sociales y derechos de terceros lo que por ende provocaría un impacto negativo y significativo en los aspectos personales, escolares como en los profesionales (Alexandru y Lorand, 2015), como en sus relaciones interpersonales, familiares y sociales (Baker, 2016). Los actos más frecuentes a evaluar son “agresiones a personas o animales, la destrucción de la propiedad privada, la fraudulencia o robo y las violaciones graves de las normas del grupo de referencia” (Rey, Monguí y Paitán, 2015) (Frick y Dickens, 2006). Para que se llegue a la asignación de un diagnóstico, el paciente deberá presentar al menos tres de estas conductas en el último año y una de ellas en los últimos seis meses (American Psychiatric Association, 2013).

Esta psicopatología puede tener identificación y diagnóstico temprano, siempre y cuando se mantenga alerta a los rasgos que se presentan inicialmente como por ejemplo personalidad complicada de ser manejada desde los primeros años (rasgos de impulsividad, inconformismo, extroversión) y puntuaciones bajas en empatía. También se han encontrado

muchos casos de ciertas deficiencias a nivel cognitivo, por ejemplo en inteligencia, espacialmente en inteligencia verbal y razonamiento espacial; control y manejo emocional; y memoria de trabajo (Rey, Monguí y Paitán, 2015) (Frick y Dickens, 2006). Estas deficiencias que podrían estar relacionadas con el pobre desempeño en áreas tanto laborales como académicas (Frick y Dickens, 2006).

Este trastorno, generalmente, se inicia desde la infancia o la adolescencia, y al tener cronicidad llega a estar presente hasta edades adultas, existiendo la probabilidad de transformarse en otros trastorno como es el caso del trastorno de personalidad antisocial (Rey, Monguí y Paitán, 2015) (American Psychiatric Association, 2013) (Frick y Dickens, 2006). Al mismo tiempo de ser un trastorno crónico afecta negativamente a los niños, niñas y adolescentes en su salud física, psicológica y sexual. Algunas de las implicaciones son el consumo a tempranas edades de alcohol y drogas (trastornos por uso de sustancias), “intentos suicidas, problemas legales, malas relaciones con pares y adultos, promiscuidad sexual y embarazo no deseado” (Rey, Monguí y Paitán, 2015) (Frick y Dickens, 2006).

Debido al costo de esta sicopatología para el individuo, su familia y el entorno se han dirigido estudios para conocer sus causas y poder disminuir los factores de riesgo y así aumentar estrategias de afrontamiento. Sin embargo, aun no se las han identificado con certeza. Actualmente, se cuentan con modelos propuestos etiológicos (nivel genético, nivel neurológico, nivel psicológico (cognitivos, emocionales y de personalidad) y nivel social (familiar y comunidad)) (Baker, 2016). Algunas teorías hacen referencia a una pobre supervisión por parte de los cuidadores, padres con estilos autoritaria o permisiva, con el maltrato y castigo físico; y a padres con comportamientos antisociales (Rey, Monguí y Paitán, 2015) (Frick y Dickens, 2006) (Alexandru y Lorand, 2015) (Rey, Monguí y Paitán, 2015). No obstante, ninguno de ellos explica en su totalidad la causa. Proponiendo que

deberá presentarse varias vulnerabilidades para explicar el desarrollo de este trastorno (Alexandru y Lorand, 2015) (Rey, Monguí y Paitán, 2015) (Frick y Dickens, 2006).

Los trastornos de conducta pueden presentarse previo al cumplimiento de los diez años, inicio infantil o temprano; o después de los diez años, inicio adolescente. La relevancia de esta especificación se debe a que en base a la edad de inicio del trastorno se han identificado características diferenciales relevantes. El trastorno de inicio temprano será generalmente un trastorno crónico, los síntomas y signos, con el tiempo, serán más agresivos, impulsivos y frecuentes, adicionalmente existirán menor manejo adecuado en cuanto a emociones prosociales (Frick y Dickens, 2006) (Rey, Monguí y Paitán, 2015). También, los niños y adolescentes con trastorno de conducta de inicio temprano tiene mayor probabilidad de desarrollar abuso de sustancias y trastorno antisocial de la personalidad (Rey, Monguí y Paitán, 2015).

Otra peculiaridad del trastorno de conducta de inicio temprano es su detonante; empero, esta creencia no está aceptada universalmente por la diferencia de resultados en investigaciones. Un estudio hecho en 1999 por Frick, señala que un estilo parental de autoritarismo y deficiencia en la concordancia en disciplina promoverá a una mayor probabilidad de presentarse el trastorno de conducta de inicio temprano (Frick y Dickens, 2006). En cambio un estudio realizado por Moffti hizo referencia a dificultades en las transiciones en el desarrollo como detonantes de esta sicopatología (Frick y Dickens, 2006).

De igual manera que la diferenciación por edad es un criterio crucial para el estudio y tratamiento de esta sicopatología, el DSM-V se integró un especificador que hace referencia a la expresión de emociones prosociales y empatía, debido a la significancia de estas particularidades en el análisis y abordaje del trastorno. Este criterio será asignado a los pacientes que carezcan de estas habilidades prosociales y se les designará como criterio el de

emociones prosociales limitadas. Este especificador se podrá relacionar con la presencia de problemas de comportamiento, riesgo genético y riesgo neurocognitivo (Baker, 2016).

Por todo lo expuesto, el trastorno de conducta es la mayor razón por las que los niños son referidos a asistencia de salud mental. Además se debe considerar que es de prevalencia alta, especialmente en la adolescencia. La prevalencia en hombres y en mujeres aún no está claramente definidas, pero si se ha determinado que es más probable que se presente en poblaciones con niveles socioeconómicos más bajos (Baker, 2016).

En vista que el trastorno de conducta es uno de los más complicados de tratar (Raghaven, 2015) (Baker, 2016), se han probado y administrado distintos enfoques terapéuticos como el cognitivo, conductual y humanista con la finalidad de intervenir en la progresión de este trastorno, ayudar en la inserción social y mejorar la calidad de vida del paciente (Alexandru y Lorand, 2015).

Para evitar la desventajosa prognosis de esta sicopatología los tratamientos deberían enfocarse en intervención y prevención temprana junto con una modalidad multicomponente, es decir, que se direcciona a todos los entornos (familiar, escolar y social) (Rey, Monguí y Paitán, 2015) (Baker, 2016). Una de las razones de este tipo de intervención es que algunas de las problemáticas que rodean al trastorno se encuentran en dificultades familiares y del reforzamiento de comportamientos indeseados (Baker, 2016).

En casos de un aparecimiento temprano igualmente se recomienda un diagnóstico e intervención temprana, antes de los 5 años de edad, en casos de riesgo. El objetivo es evitar la cronicidad de los síntomas en la adolescencia, promover el desarrollo de empatía y de habilidades prosociales. Algunas intervenciones, en caso de aparecimiento temprano, son la psicoeducación, entrenamiento para los padres y para la escuela (Baker, 2016).

La rehabilitación neuropsicológica es una intervención que está conformada por ejercicios estructurados y planificados. Este tratamiento tiene como principal objetivo recuperar las funciones cognitivas, conductuales y emocionales alteradas con la misión de recobrar la mayor independencia posible en la vida cotidiana de quien se expone a este procedimiento (García, 2016) (Guerrero y García, 2015) (Sañay y Villacres, 2014) (Barahona et al., 2012). La mayoría de aplicaciones que se le ha dado a esta intervención, desde sus inicios ha sido y es la restitución de habilidades o funciones que se perdieron a través de cambios estructurales o fisiológicos en el cerebro, gracias a la neuroplasticidad propias de las neuronas (Carvajal y Pelaez, 2013) (Sañay y Villacres, 2014).

Al administrarse en niños mejora sus habilidades cognitivas y de uso cotidiano teniendo mayores posibilidades de recuperación porque gozan de una mayor plasticidad cerebral (Barahona, Grau, Cañete, Sapiña, Castel y Bernabeu, 2012). La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “los procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social” (García, 2016).

Al utilizar a esta intervención como terapia de restitución en caso de alteración o lesión deberá involucrarse con diversas funciones durante el tratamiento como la atención, funciones ejecutivas y memoria, debido a la interconexión e interdependencia estructural y fisiológica de las partes del cerebro (Guerrero y García, 2015). Se ha empleado con efectividad en rehabilitación de funciones ejecutivas como memoria, atención, funciones ejecutivas y lenguaje (Carvajal y Pelaez, 2013). Esta herramienta tiene dos enfoques principales, de tipo cognitiva-didáctica, de ejercicio de destrezas poco cotidianas; y

funcional-experiencial y restauración de destrezas cotidianas (De los Reyes, Díaz, Herrera y Ruíz, 2013).

La metodología con la que se ha empleado en este tipo de terapias para casos de lesiones cerebrales ha tenido una duración entre una a cinco sesiones por semana. La terapia consta de una evaluación neuropsicológica y funcional, de las capacidades que se mantienen luego de la lesión y aquellas que se han perdido. El tratamiento como tal empleara procesos de restauración, sustitución y el uso de elementos y herramientas externas y del ambiente (Carvajal y Pelaez, 2013) (Guerrero y García, 2015). Se debe recalcar que esta clase de tratamientos se adapta a las particularidades del paciente, de la causa del trauma y de las mejoras registradas (Guerrero y García, 2015); debido a que se debe acoplar lo más posible a su vida para que tenga efecto en esta. Se requerirá el compromiso del paciente como de la familia (Carvajal y Pelaez, 2013).

Unas de las herramientas de la intervención de rehabilitación neuropsicológica son la rehabilitación de funciones ejecutivas y la modificación de conducta a través de técnicas que impulsen el desarrollo de la autorregulación de la conducta, automotorización y consciencia; con el fin de analizar y anticipar las situaciones, la manera de reaccionar y las consecuencias, acoplándose a las exigencias del ambiente (Martínez, Aguilar, Martínez y García, 2013) (Carvajal y Pelaez, 2013).

Los estudios sobre un tratamiento para trastorno de conducta y en especial con especificador de emociones prosociales limitadas son muy escasos y algunos de ellos se han limitado a ser casos de estudio o programas de aplicación en escuelas o en comunidades, con el propósito de mejorar índices de desempeño académico, actitudinal y el ambiente social o familiar; e índices de delincuencia (Pisano et al., 2017) (Rantanen, Vierikko y Nieminen,

2018). Ecuador tiene pocos estudios sobre esta problemática, como por ejemplo investigaciones estadísticas y programas de prevención e intervención.

Por esta razón, este trabajo de investigación busca comprobar través de la revisión de fuentes académicas, la efectividad de la intervención temprana por medio de rehabilitación neurobiológica en niños y niñas ecuatorianos con trastorno de conducta y habilidades prosociales limitadas al mejorar principalmente sus habilidades sociales, a través del desarrollo y entrenamiento de autocontrol, autorregulación emocional, la autoconciencia, metacognición (Cortés y Crespo, 2013) (Carvajal y Pelaez, 2013). El trabajo abarcará información sobre los criterios diagnósticos, afectaciones, causas y tratamientos.

La relevancia y trascendencia de la investigación será comprobar si el mejoramiento en el nivel de habilidades pro sociales en los infantes contrarrestarán o influirán en la manera de proceder y relacionarse, la gravedad y frecuencia de conductas agresivas o fuera de la normativa social.

## **Antecedentes**

El problema de la criminalidad y en especial de la delincuencia juvenil es una temática de interés social tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados, al registrarse un notable aumento en las últimas décadas (Sarason y Sarason, 1996). Es por ello que se han emprendido estudios para identificar los factores que están detrás de estas acciones y actitudes (Sterzer, Stadler, Poustka y Kleinschmidt, 2007). Uno de los factores identificados son las bases biológicas, en el caso de agresión patológica (Sterzer et al., 2007) lo que ha hecho que surja la incertidumbre sobre el papel del trastorno de conducta intervenido o remitido como un factor de especial influencia en los crímenes efectuados por

adolescentes, jóvenes y adultos; al caracterizarse por la violencia y comportamientos en contra de los derechos en la infancia, adolescencia y adultez; y respaldando la cronicidad que se le da a esta sicopatología (Sarason y Sarason, 1996) (Griffiths y Hart, 2016) (Frick y Dickens, 2006).

El ser humano, especialmente en la infancia y la adolescencia, puede ser actor de ciertos comportamientos definidos como travesuras y actos desobedientes, las mismas que se podrían considerar como normales aunque no consentidas socialmente (Rey, 2010) Estos comportamientos se caracterizan por no tener un gran impacto y su frecuencia va disminuyendo con el paso de los años, mientras el individuo va madurando y auto-controlando sus emociones, pensamientos y acciones (Fairchild et al., 2011).

Sin embargo, en una porción de la población estas acciones no cederán, por lo contrario los niños, adolescentes y los futuros adultos serán actores de comportamientos violentos que atenten contra el bienestar de los demás (Fairchild et al., 2011), cada vez habrán con mayor frecuencia y con mayor impacto actos en torno a romper las reglas y normas de convivencia (Sarason y Sarason, 1996) (Rey, 2010). Este comportamiento indudablemente desadaptativo será lo que actualmente se conoce como trastorno de conducta. Algunas de las acciones más comunes son mentir, robar, atentar o la destrucción de propiedad privada, molestar a animales y personas (Sarason y Sarason, 1996) (Rey, 2010).

Basándose en el DSM- 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), el trastorno de conducta se refiere a una condición en la que el niño o niña expresará comportamientos o patrones de acción repetitivos que violen o rompan las normas y derechos básicos, obteniendo consecuencias negativas tanto en aspectos académicos, sociales e incluso legales (Jiang et al., 2015) (Sterzer et al., 2007) (Fairchild et al., 2011). Otros síntomas que pueden estar presentes son la impulsividad, agresividad y la toma de riesgos,

disminución en la afectividad, culpa e incluso algunas deficiencias en funciones cognitivas como memoria de trabajo o razonamiento espacial (Gao et al., 2015) (Frick, Ray, Thornton y Kahn, 2014) (Rey, Monguí y Paitán, 2015).

Esta psicopatología no se caracteriza solamente por presentarse en los niños, early onset, sino también en adolescentes, como inicio del trastorno en esta etapa de desarrollo (adolescent onset) (Jiang et al., 2015) (Raghavan, 2015) (Kyranides, Fanti, Katsimicha y Georgion, 2018).

El registro estadístico del trastorno de conducta está incompleto, puesto que existen muy pocos estudios sobre la existencia y prevalencia de esta psicopatología, lo que lleva a dificultar su estudio, además de la falta de consideración como la importancia que debería tener. En unos estudios realizados en 1990 con muestras no clínicas, del 2% al 9% de adolescentes fueron diagnosticados con trastorno de conducta, es decir 5 de cada 100 (Bernstein, 2016). Años después, la ONS, (The office of National Statistics) en base a una entrevista realizada entre los años 1999 y 2004, determinó la prevalencia del trastorno en edades de 5 a 16 años en el 5% (NICE, 2017) y en el 2013, APA (American Psychological Association) indicó que la prevalencia estimada del trastorno de conducta era del 2% al 10% (Griffiths y Hart, 2016).

Por otro lado, la prevalencia en adolescentes de trastorno de conducta es del 2.2% (Theule, Germain, Cheung y Hurl, 2016). La ONS en una encuesta realizada determinó que la variable del nivel socioeconómico es relevante en el estudio del trastorno, debido a que se presentó mayormente en clases más bajas (NICE, 2017). Se evidenció que esta psicopatología es más común en hombres que en mujeres (Griffiths y Hart, 2016).

En contraste con la poca información epidemiológica, se conoce con mayor certeza las consecuencias y el impacto del trastorno en todos los aspectos de la vida del niño como de

su familia. Existen constantes conflictos entre padres e hijos, profesores y estudiantes, y entre amigos (Raghavan, 2015) a razón de los síntomas severos que presenta el niño o adolescente. También se predecirá una baja probabilidad de éxito a nivel escolar y laboral en el futuro joven y adulto (Theule et al., 2016) y un elevado costo a la sociedad (Fanti, 2016).

Se ha registrado comorbilidad con abuso de sustancias, delincuencia, trastornos de estado de ánimo (Theule et al., 2016) y en un futuro desarrollo de personalidad antisocial (Kyranides et al., 2018) (Frick et al., 2014). Substancialmente los niños que tienen un apareamiento temprano (early onset) es muy probable que mantengan comportamientos repetitivos agresivos y antisociales en su vida adolescente y adulta (Jiang et al., 2015). Es relevante mencionar que existen datos que afirman que una cantidad significativa de los peores pronósticos de personas con personalidad antisocial tuvieron trastorno de conducta previamente (Blair, Leibenluft y Pine, 2014).

El trastorno de conducta de inicio en la infancia tendrá mayor prevalencia en varones y tiende a desencadenarse en un trastorno de personalidad antisocial, teniendo una peor prognosis que en uno de inicio en la adolescencia. Se ha registrado mayores niveles de participación en delincuencia, fracaso laboral, mortalidad y menor estabilidad interpersonal (Rey, 2010) (Sarason y Sarason, 1996). Además con un inicio temprano del trastorno se tendrá mayor probabilidad de presentar problemas neurológicos y cognitivos como de un ambiente familiar no adecuado para el desarrollo (Rey, 2010).

Algunas de las alteraciones estructurales que se han registrado en esta patología son la disminución en volumen de materia gris en las cortezas frontales y temporales, específicamente en el córtex órbito frontal, la amígdala, la ínsula, en otras regiones a nivel de córtex temporal, del córtex pre-frontal dorsomedial y del núcleo caudado (Fairchild et al., 2011) (Jiang et al., 2015) (Sterzer et al., 2007).

Los cambios se relacionarán con los síntomas medulares de desregulación en comportamiento y emocionalidad, y alteraciones a nivel cognitivo (Jiang et al., 2015) (Sterzer et al., 2007). Por ejemplo, los cambios en la ínsula se podrían relacionar con la falta de empatía, la dificultad para predecir situaciones de pérdida y la falta de respuesta frente a los estímulos negativos y castigos presente en los niños y adolescentes con trastorno de conducta (Fairchild et al., 2011).

El desarrollo de esta psicopatología y de sus síntomas también se ha relacionado con otras perspectivas a parte de la fisiológica, por ejemplo la perspectiva de procesos sociales intrafamiliares y factores de riesgo familiar (Rey et al., 2015) (Pasalich, Witkiewitz, McMahon y Pinderhughes, 2016). Una de las teorías que se propone es en la teoría del apego que definirá al apego como el medio por el cual el infante aprenderá la dinámica de las relaciones y la autoregulación. En caso de un apego inseguro o desorganizado serán factores que influirán en alteraciones del funcionamiento afectivo, empatía y automodulación. Esta teoría no determinará causalidad entre la calidad y tipo de apego sobre el desarrollo de la psicopatología; no obstante, si hay evidencia que una baja calidad de apego es un factor en la mayoría de individuos con trastorno de conducta (Theule et al., 2016).

Además de la etiología del trastorno de conducta, un rasgo o especificador que es de gran relevancia es el de emociones prosociales limitadas, debido a que se identifican particularidades que pueden influir de cierta manera en el curso o en una posible intervención (Jiang et al., 2015) (Frick et al., 2014). Este criterio se fija frente a un comportamiento que referirá poca empatía, deficiente respuesta a la culpa, falla en interés en tareas de importancia y expresividad deficiente en el procesamiento de emociones, especialmente la tristeza y el miedo (Frick et al., 2014); las respuestas emocionales son muy limitadas (Frick y Dickens,

2006). Esta variable se podrá evidenciar también en las preferencias del niño o niña hacia actividades más novedosas y peligrosas (Frick y Dickens, 2006).

Se han explicado a través de diferentes perspectivas y modelos la adquisición de este criterio. Una de estas explicaciones es la respuesta atenuada al castigo y un déficit en el procesamiento de las emociones de miedo y tristeza (Fanti, Panayiotou, Chrysostomos, Michael y Georgiou, 2016) (Frick et al., 2014), lo que alterará los índices de ansiedad y culpa. También se identificará el aprendizaje por evitación pasiva y mayor dificultad para desarrollar empatía. Estos rasgos se relacionarán con una peor prognosis, puesto que se ha asociado con mayores posibilidades de ser actor de agresiones, delitos, problemas de conducta y actos antisociales (Frick y Dickens, 2006). Se detectó que hay probabilidad de ser diagnosticado con trastorno de personalidad antisocial en la adultez, si en la infancia se presenta un trastorno de conducta con habilidades prosociales limitadas (Frick et al., 2014).

Frente a ello, se ha tratado de definir una posible explicación etiológica para llegar a una comprensión integral como una posible intervención. Uno de estos modelos es el neurobiológico que describe la causalidad a través de deficiencias a nivel neurobiológicas estructurales y fisiológicas, como la falta de mielina en el cuerpo caloso, en los cortes parietales, en la anterior y posterior corte cingulado o en la amígdala (Frick et al., 2014) (Fanti et al., 2016). Otra propuesta es la anomalía funcional del sistema de inhibición del comportamiento (Fanti et al., 2016). También se ha encontrado evidencia que sustenta un modelo etiológico genético, como detonante para los cambios estructurales y funcionales a nivel neuronal y cerebral (Frick et al., 2014).

Este rasgo de emociones prosociales limitadas es considerablemente estable desde su apareamiento, especialmente, entre la edad de cuatro a nueve años, es decir, se asocia especialmente con un apareamiento temprano o en la infancia, lo que también respaldaría los

modelos biológicos explicativos (Frick y Dickens, 2006). Las estadísticas muestran que un 28% de niños con trastorno de conducta presentarán este rasgo de emociones prosociales limitadas (Blair et al., 2014) (Frick y Dickens, 2006). Más allá de ello, se ha encontrado evidencia de la disminución de la intensidad de los síntomas en el tiempo (Frick et al., 2014); lo que puede llegar a interpretarse como consecuencia del entorno, de la calidad de estilo parental e incluso podría influir el estatus socioeconómico (Frick y Dickens, 2006), lo que abre paso al cuestionamiento de otros modelos explicativos.

Se puede comprender que el trastorno de conducta es una problemática que debería tener gran relevancia para la ciencia y la sociedad en general, si se considera todas las consecuencias y la gravedad de estas (Griffiths y Hart, 2016) (Frick y Dickens, 2006). Es por ello que se han propuesto tratamientos de prevención y de intervención terapéutica temprana como la manera más efectiva de contrarrestar este trastorno (Rey, 2010) (Byrd, Loeber y Pardini, 2012); su evolución, el empeoramiento en la condición del infante, adolescente y adulto; y a la par su comorbilidad (Frick et al, 2014) (Griffiths y Hart, 2016). A ello se le adiciona un diagnóstico en las primeros años de edad del ser humano (Kyranides et al, 2018) como en la intervención a tempranas edades en niños que presenten síntomas antisociales como el diagnóstico integral (Sarason, Sarason, 1996) (Griffiths y Hart, 2016) (Rey, 2010).

Los programas que se propongan y manejen para el tratamiento deben cumplir con ciertas características que se involucran con factores nucleares del trastorno de conducta. Por un lado la intervención tiene que ser multicomponente, es decir, deberá intervenir en varios de los factores o entornos del niño o niña (Kyranides et al., 2018). Por otro lado, se requerirá de la individualización de la terapia para el paciente. Families and Schools Together (FAST Track) Program, utiliza esta metodología al ser un modelo de intervención de entrenamiento tanto para padres, profesores y una terapia de enfoque cognitivo conductual para el paciente.

Las intervenciones que han obtenido mejores resultados en el tratamiento del trastorno de conducta son programas de manejo de contingencias estructuradas, entrenamiento e instrucción a los padres y madres de familia en habilidades del manejo del comportamiento, la impulsividad y la ira (Frick y Dickens, 2006).

Es de crucial importancia tomar en consideración si hay el factor de emociones prosociales limitadas en el momento de la evaluación, el análisis funcional como la planificación del tratamiento, ya que en general, se ha detectado una pobre respuesta a las intervenciones y un alto nivel de recaída en estos casos en específico (Frick et al., 2014) (Byrd et al., 2012).

Para mejorar estos resultados se ha propuesto que se promueva en el niño o niña la empatía, las habilidades sociales y conciencia social; mediante actividades dirigidas al reconocimiento e interpretación facial, habilidades personales y el desarrollo de las funciones ejecutivas. Las terapias tendrán el detalle de basarse en recompensas y no en castigos (Frick y Dickens, 2006) (Kyranides et al., 2018). Las intervenciones con mayor respuesta en estos casos han sido las de reforzamiento positivo a un comportamiento prosocial (Frick et al., 2014) y las mejoras más relevantes durante y luego del tratamiento son en habilidades cognitivas sociales y reducción de hostilidad. También se han administrado terapias enfocadas en las habilidades interpersonales para mejorar las respuestas en situaciones problemáticas (Kyranides et al., 2018).

Un programa aplicado a una muestra con este trastorno es CARES (Coaching and Reward Emotional Skills) (Pisano et al., 2017). Esta intervención utiliza técnicas para corregir la atención a señales faciales de angustia, el reconocimiento e interpretación de emociones especialmente ira y frustración; enseñar un comportamiento prosocial y empatía; y reducir comportamientos agresivos a través de reforzamiento positivo. Otro programa es

Coping Power Program que tiene un enfoque de contexto social y cognitivo (Pisano et al., 2017).

La rehabilitación o readaptación neuropsicológica es un procedimiento desarrollado con el fin de intervenir en el progreso del deterioro o alteración cognitiva, conductual o emocional; sustituyendo la función de los fármacos; es decir, el de mantener y restaurar las capacidades cognitivas con la finalidad de que el paciente logre cierta o total funcionalidad (Carvajal y Pelaez, 2013) (Arroyo, 2012) (Cortés y Crespo, 2013) (Barahona et al., 2012). Esta intervención ha mostrado buenos resultados en entrenamiento y desarrollo de otras habilidades más allá de las que se planificó, como por ejemplo la autorregulación emocional y de otras habilidades prosociales (Cortés y Crespo, 2013). Es justamente por esto que se podría considerar como una alternativa para el tratamiento de trastorno de conducta de inicio temprano y con especificador de emociones pro sociales limitadas.

La intervención de rehabilitación neuropsicológica históricamente se estructuró sobre bases de neuropsicología, específicamente en la característica de neuroplasticidad (Carvajal y Pelaez, 2013), y actualmente en técnicas para tratamiento de demencia. Este proceso cumple con los objetivos de promover la calidad de vida y prologar la independencia de la persona el mayor tiempo posible a través del fortalecimiento de las capacidades y funciones cognitivas que se han preservado luego de una lesión (Arroyo, 2012). Al mismo tiempo se propone recuperar procesos cognitivos que son fallidos (Carvajal y Pelaez, 2013).

Se utilizarán procesos con enfoque cognitivo, de enfoque conductual para reducir problemas psicológicos y sociales (emocionales, laborales y de integración social) (Cortés y Crespo, 2013). Estos procedimientos de preferencia se llevan de manera individualizada, flexible en base a las características personales, cognitivas y de conducta del paciente

(Barahona et al., 2012) (Carvajal y Pelaez, 2013) y; por lo tanto no se recomienda solo manejar una modalidad grupal (Arroyo, 2012).

Hay que destacar que una característica esencial de esta intervención, y un importante elemento en el tratamiento para trastorno de conducta, es que se priorizará y motivará la extrapolación de las habilidades y las mejoras del contexto terapéutico a las diversas áreas de la vida del paciente, es decir, la terapia deberá tener un impacto a nivel ecológico (Carvajal-Castrillón y Pelaez, 2013) (Barahona et al., 2012). Se requiere de un modelo multidisciplinario y de la participación del o de los cuidadores en el proceso terapéutico (Arroyo, 2012) o a la mayoría de participantes del entorno del paciente (Carvajal y Pelaez, 2013).

En la terapia de rehabilitación neuropsicológica se emplearán diversas técnicas. Algunas de estas son la recodificación y recuperación de información antigua, aprendizaje de nueva información, técnicas de ayudas externas de memoria y acondicionamiento del entorno. Actualmente, se está insertando la tecnología de las TIC, por ejemplo, la realidad virtual (Arroyo 2012).

Hay una diversidad de programas de rehabilitación neuropsicológica con diferentes enfoques según los aspectos del paciente que se necesitará mejorar y mantener, la etiología de su padecimiento y las respuesta que ha tenido a intervenciones anteriores (Guerrero y García, 2015). Uno de estos programas es la rehabilitación de las funciones ejecutivas, que se enfoca en la autoconciencia y el autocontrol para poder tener un comportamiento más adecuado en las diversas situaciones (Martínez y Aguilar, 2014). La intervención maximiza la atención y conciencia de uno mismo (Carvajal y Pelaez, 2013) (Cortés y Crespo, 2013), por ello se deberán adquirir ciertas destrezas, por ejemplo a premeditar soluciones y meta-análisis de cada situación (Cortés y Crespo, 2013) (Carvajal y Pelaez, 2013).

Otro de los programas de rehabilitación neuropsicológica es la terapia de modificación de conducta (TMC). Esta se aplica sobre todo para tratar rasgos de agresividad, irritabilidad y otras dificultades a nivel social. Este tipo de terapia tiene como objetivo que el paciente sea consciente de que cada acción tiene su consecuencia. Se ha aplicado con efectividad para tratar enfermedades como daño cerebral y en trastornos en niños con autismo, hiperactividad, ansiedad y depresión (De Noreña, Sánchez, Bombin, García y Ríos, 2014) (Carvajal y Pelaez, 2013) (Smeets, Vink, Ponds, Winkens y van Heugten, 2017). Algunas de las técnicas que se utilizan son los refuerzos a través de mecanismos de modelamiento y encadenamiento. Requerirá de un refuerzo del tratamiento en entornos fuera del espacio terapéutico para la generalización de lo aprendido (Carvajal y Pelaez, 2013).

Un programa que podría llegar a ser de utilidad es el de rehabilitación de memoria debido a que permite el desarrollo de algunas funciones ejecutivas y entre ellas la autorregulación emocional, el comportamiento y análisis social y crítico (Cortés y Crespo, 2013).

## **Problema**

La prevalencia de los actos desadaptativos y la prevalencia de trastornos de conducta han sido temáticas de interés e investigación en los últimos años (Meléndez, Cabrera, Baldovino y Díaz, 2017). Rubio y Giménez muestran esta problemática en las siguientes cifras, 5% de diagnósticos que eran de trastornos de conducta, trastorno negativista desafiante y trastorno de déficit de atención e hiperactividad, hace casi tres décadas; en el 2012 aumentaron a casi el 15% de casos. Otras cifras reportadas, por Felix en el 2007, hacen mención que solamente la prevalencia del trastorno de conducta es del 2 al 10% en mujeres y del 6 al 16% en hombres; lo que aumentará a 9% si se considera una población adolescente y

será aún mayor si se considera la agresividad y violencia consciente, intencional e instrumental (Rubio y Giménez, 2012) (Meléndez et al., 2017).

Por otra parte, Martin, en el 2014, declara que la prevalencia del trastorno de conducta se encuentra en el rango de 1% a 10% y el observatorio nacional de salud mental de Colombia (ONSM) asegura un aumento en índices de violencia y conductas disruptivas; registrando un valor de 2494 reportes (Meléndez et al., 2017).

Es importante aclarar que la agresividad se define como “estado emocional consistente en sentimientos de odio, furia e ira que propicia deseos de dañar a otra persona, animal u objeto” (Rubio y Giménez, 2012). Sin embargo, cuando la agresividad es la manera en como el ser humano se relaciona será un comportamiento antisocial o un signo o síntoma de un trastorno de conducta (Huiracochat, 2011) (Negrete, 2011) que influirá negativamente en la calidad de vida de la persona en su aspecto personal, familiar y social; además podrá derivarse en un trastorno de la personalidad antisocial, según Hill, en el 50% de los casos (Rubio y Giménez, 2012).

Por otro lado, Blair, Leibenluft y Pine mencionan que la mayoría de casos de trastorno de personalidad antisocial tienen su evolución desde un trastorno de conducta en la infancia, además de muchos de ellos tendrán el especificador de habilidades prosociales limitadas (2014) (Theule et al., 2016) (Puzzo et al, 2018). El trastorno de personalidad antisocial es una sicopatología asociada con altos niveles de agresividad, violaciones de normas y reglas y criminalidad, es por esta razón que debe ser una problemática de decisiva relevancia tanto a nivel social, legal y científico; de igual manera debería tener la misma importancia el problema que se presume como su antecedente, como el trastorno de conducta con o sin habilidades prosociales limitadas (Blair et al., 2014).

El trastorno de conducta es una sicopatología que debería representar una gran preocupación a nivel social, ya que se caracterizara por romper las normas, derechos básicos y reglas sociales; además de presentar una alteración en la percepción de la amenaza y la hostilidad con los demás (Griffiths y Hart, 2016). Estos proceder generalmente estarán acorde a la edad del individuo, siendo las más frecuentes agresión a animales, destrucción de propiedad privada, robo y violación de normas sociales (Negrete, 2011). Algunos agravantes de esta situación es la ausencia o poca empatía y consciencia, falta de responsabilidad o culpa, abuso de sustancias e impulsividad (Rubio y Giménez, 2012).

Igualmente, un factor de preocupación es el pobre desempeño académico; los niños con trastorno de conducta se identificarán, especialmente, como el que interrumpe las clases, quien tiene altos niveles de faltas, quien influye negativamente en sus compañeros y por quien se reforzarán las medidas de seguridad. La mayoría de la violencia dentro de instituciones educativas es ejecutada por niños con comportamientos desviados o trastornos de conducta (Griffiths y Hart, 2016).

Las causas de las alteraciones comportamentales que justificaron el despunte de actos agresivos y trastornos de conducta son los cambios sociales, culturales y educativos. No obstante, hay que recalcar que la etiología de los trastornos de conducta aún es ambiguo (Baker, 2016); aunque, uno de los factores de riesgo que tiene mayor influencia es el estilo de crianza parental (Rubio y Giménez, 2012) y según Sock y de Torrente, los comportamientos de los niños y niñas dependerán “de los apoyos y del estilo de vida” (Huiracochat, 2011). Otro factor de riesgo, según una investigación realizada en Sevilla en el 2001, fue el nivel socioeconómico, ya que detectó que los niños y niñas de menos recursos en escuelas públicas son los actores de más conductas criminales (Huiracochat, 2011).

Estas investigaciones mostrarán a la población del Ecuador con cierta vulnerabilidad a presentar este trastorno, debido a que están presentes factores de riesgo en muchos casos de niños y niñas ecuatorianos. Estudios realizados en Ecuador por el SISSE, mostraron cifras alarmantes en cuanto a maltrato; el 43,60% de niños sufrieron de maltrato por sus padres, de los cuales el 51,40% eran de bajos recursos (Huiracochat, 2011). Estos resultados indican que los niños ecuatorianos son vulnerables frente a esta sicopatología al estar expuestos a varios factores de riesgo como son la ausencia familiar, maltrato dentro de las familias y niveles socioeconómico bajos (Negrete, 2011).

El abordaje de este tipo de problemáticas debe ser de manera integral y minuciosa para poder llegar a evidenciar mejoras deseadas. Por esta razón se necesitará de la participación de todos los agentes que intervengan en la educación y desarrollo del niño o niña (familiares y escuela) para poder realizar un análisis funcional en el que conste una investigación de las posibles causas y de mecanismos en los que se puede intervenir de la mejor manera en base a las peculiaridades de cada individuo (Rubio y Giménez-Guald, 2012) (Negrete, 2011). En caso de no intervenir, los síntomas y signos de esta sicopatología se harán cada vez más frecuentes e intensos; con un mayor impacto a nivel social (Griffiths y Hart, 2016).

A pesar de ser un problema de interés social y de estudios realizados, estos siguen siendo insuficientes, debido a que aún existen vacíos de conocimiento en cuanto al diagnóstico, prevención, tratamiento, el rol del hogar y la escuela; e incluso hay la problemática de escasez de profesionales en el área (Rubio y Giménez, 2012).

## **Pregunta de Investigación**

¿Cómo y hasta qué punto la intervención de rehabilitación neuropsicológica puede ser eficaz en el desarrollo de habilidades prosociales en niños y niñas quiteños y quiteñas en un rango de edad de 7 a 10 años diagnosticados con trastorno de conducta con un especificador de emociones prosociales limitadas?

## **Propósito del Estudio**

El objetivo del trabajo de investigación es analizar si la intervención temprana de rehabilitación neuropsicológica puede llegar a influir positivamente en el desarrollo de habilidades prosociales en niños y niñas que han sido diagnosticados con trastorno de conducta con emociones prosociales limitadas. Se espera probar, a través de revisión bibliográfica, la utilidad de esta terapia para que sea una opción de interés científico y terapéutico y sea llevada a su comprobación empírica; y en caso de tener resultados favorables, poder ser aplicado por psicólogos y psicólogas para mejorar la vida presente y futura de quienes estén diagnosticados con esta psicopatología.

## **El significado del estudio**

El presente estudio tiene un interés tanto para los más afectados que son los niños y niñas, sus familiares y su entorno más cercano; pero también tiene un impacto a nivel de toda la ciudadanía ecuatoriana, puesto que este trastorno impacta a nivel social y económico por las consecuencias adversas debido a su carácter crónico y agravante. La terapia de rehabilitación neuropsicológica puede ser una herramienta de ayuda y superación para personas que en la mayoría de casos estarán ligadas a una vida de delincuencia, soledad y fracaso.

En resumen, este estudio tiene como finalidad averiguar si la terapia de rehabilitación neuropsicológica tendrá un impacto en el mejoramiento en cuanto a relaciones interpersonales y en la inserción en la sociedad al modular sus conductas y emociones, si se lo administra antes de la primera década de los niños y niñas diagnosticados con trastorno de conducta con emociones prosociales limitadas. En base a ello, la siguiente sección del este trabajo será la revisión literaria de los temas de interés. Luego de ello se detallará la metodología a utilizar, análisis de los resultados obtenidos, discusión, recomendaciones y conclusiones.

## **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **Fuentes**

La revisión de literatura se construyó en base a la información encontrada; en los buscadores GoogleAcademic, los que la Universidad San Francisco de Quito tiene acceso y en la biblioteca de la misma universidad; en artículos científicos y libros sobre las temáticas de trastorno de conducta, habilidades prosociales y rehabilitación neuropsicológica. Se seleccionaron artículos que tenían de antigüedad máxima diez años, en los idiomas español, inglés o portugués. Inicialmente se escogieron los artículos más destacados de cada búsqueda, para poder tener bases del tema, posteriormente se seleccionaron los artículos que tenían mayor relación con el objetivo de la investigación.

### **Formato de la Revisión de la Literatura**

La presente revisión de literatura se organizó por temas y subtemas. Se inició con Trastorno de Conducta describiendo la definición y criterios diagnósticos, factores de riesgo, consecuencias, tratamientos y factores de protección; se procedió con la diferenciación entre trastorno de conducta de inicio en la infancia y de inicio en la adolescencia, con trastorno de conducta con habilidades prosociales limitadas, poniendo especial énfasis en las terapias que se han administrado; y se concluyó con la temática de habilidades prosociales. Posteriormente se encuentra el tema de Rehabilitación Neuropsicológica refiriéndose a la historia, la definición, los principios, los beneficios y aplicaciones. Se detalló la temática de rehabilitación neuropsicológica en funciones ejecutivas, rehabilitación neuropsicológica en modificación conductual y rehabilitación neuropsicológica en habilidades prosociales.

## **Introducción.**

El comportamiento del ser humano a lo largo de su vida ha sido una de las grandes interrogantes dentro del campo científico a causa de los misterios y desconocimientos entorno a este proceder tan cambiante y hasta el día de hoy con insuficiente información para poder comprender su lógica y estructura. Este desconocimiento ha motivado su investigación y estudio, especialmente del siglo XIX (Lattore, Teruel y Biserro, 2010).

Los estudios realizados a lo largo de los años han identificado que la sociedad ha impuesto ciertas normas y reglas a los seres humanos que se deben apegar con la finalidad de poder relacionarse de la manera más caritativa y sostenible posible en beneficio de la supervivencia de la humanidad. Es por ello que desde temprana edad las primeras autoridades (padres y maestros) son los encargados de inculcar una estructura de buena actuación a nivel social y prevenir actitudes poco deseadas y amenazantes (Pereira, Coutinho y Pereira, 2013) (López, Llano, Sánchez, Sanguino y Alberola, 2012). Sin embargo, la conducta del ser humano se deriva de estructuras más complejas y para llegar a su comprensión se realizan más y cada vez mejores indagaciones y registros del proceder de niños, niñas y adolescentes; especialmente de aquellos caracterizados como anormales, antisociales y problemáticos (Lattore et al., 2010).

Este enfoque de investigación y sus resultados aumentó el interés por parte del cuerpo científico sobre conductas mal adaptativas y anormales presentadas desde la infancia. Uno de los primeros representantes en el tema fue Bourneville, quien categorizó a los niños y niñas que actuaban en contra de las normas y reglas sociales como “niños inestables” mientras Heuyer los denominó “niños anormales y delincuentes juveniles”. En base a las diferentes investigaciones y resultados, se ha adquirido mejor comprensión de las acciones fuera de las leyes y normas propuestas por la sociedad, permitiendo distinguir entre un mal accionar y

ciertas direcciones irreverentes y problemáticas que por su severidad, duración e impacto representarían un trastorno psicológico (Lattore et al., 2010).

Los actuales reportes e indagaciones han decretado un incremento en los índices de mala conducta y agresiones desde temprana edad (Villanueva y Ríos, 2018) (Griffiths y Hart, 2016). Esta situación empeora al percibir que este tipo de conductas perduran y empeoran si no hay una intervención adecuada para el manejo del problema. Es por esto que los comportamientos irreverentes en los niños, niñas y adolescentes han pasado de ser un tema de curiosidad por parte del ser humano a ser un problema de relevancia a nivel social al que se le debe poner especial atención y tomar las medidas de prevención y acciones pertinentes (Villanueva y Ríos, 2018) (Griffiths y Hart, 2016).

Existen estudios que respaldan la urgencia de una intervención eficaz en esta problemática social. Uno de ellos fue dirigido por Colmenares y Martínez realizado en México en el 2002 a niños y niñas que exportó los siguientes datos “12.7% de los menores se mostraba desobediente y peleonero, 10.9% explosivo, 5.9% mentía, 4% se asociaba con compañías inadecuadas, 1% robaba y 0.9% presentaba fugas del hogar” (Ruvalcaba, Salazar y Gallegos, 2012). Desde otro punto de vista, Pineda y Puerta, en el 2001, en Colombia demostraron que el maltrato hacia animales y personas; la posición y utilización de armas, tanto de armas cortopunsantes y de fuego; y salir de casa son los comportamientos irreverentes más comunes en el país en la infancia y adolescencia. Un estudio más reciente en el 2010 realizado en la población Argentina hizo un llamado de atención e intervención sobre este tipo de acciones fuera de la normal como medida preventiva a trastornos psicológicos y futuros suicidios de niños, niñas, adolescentes o adultos (Ruvalcaba et al., 2012).

Actualmente, el trastorno de conducta es uno de los trastornos que afectan a la mayor población de niños, niñas y adolescentes que sufren de algún trastorno psicológico

(Villanueva y Ríos, 2018); lo que lo convierte en una variable de preocupación, a causa de los síntomas y consecuencias que afectan tanto al individuo, a su familia y a la sociedad (Rubio y Giménez, 2012) (Villanueva y Ríos, 2018). Subsiguientemente, se han llevado, se llevan y se llevarán a cabo estudios para adquirir el conocimiento suficiente sobre las causas, factores de riesgo y de protección; para construir programas, tratamientos e intervenciones tempranas y a largo plazo, tanto para la población en general como de los más vulnerables que sean eficientes en beneficio de la persona como de la sociedad (Villanueva y Ríos, 2018) (Fanti, 2018). Sin embargo, es de igual importancia proseguir con los estudios sobre los malos e irreverentes proceder que no representen un trastorno diagnosticado, ya que son variables que amenazan la convivencia y pueden ser predictores de futuros trastornos (Villanueva y Ríos, 2018) (Ruvalcaba, Salazar y Gallegos, 2012) (Moreno y Utria, 2011).

### **Trastorno de conducta.**

El trastorno de conducta, antiguamente denominado como trastorno disocial (Lattore, Teruel y Biserro, 2010) es un trastorno psicológico caracterizado por comportamientos de carácter crónico que violan las normas, reglas y derechos básicos; la gravedad y estilo irreverente dependerá de la normativa social y de la edad de la persona (Villanueva y Ríos, 2018) (Araujo, Jané, Bonillo y Capdevilla i Brophy, 2014). En otras palabras, se puede definir al trastorno de conducta como el conjunto de “comportamientos persistentes y repetitivos de actos que violen los derechos básicos de otras personas y/o trasgresión de normas ajustadas a la edad del individuo” (Monguí y Rey, 2015). Otro rasgo inherente al trastorno es la irritabilidad (Villanueva y Ríos, 2018).

La infancia es la etapa en la que el ser humano explora y aprende a interactuar con el mundo y la humanidad, por lo que en ocasiones el accionar del niño o niña puede no ser adecuado o puede ser mal adaptativo al poner en primer lugar sus necesidades y al no

conocer las normas y reglas por las que la sociedad se rige; además puede presentarse irritabilidad, furia, rabietas, impulsividad a causa de la maduración y crecimiento (Lattore et al., 2010) (Rubio y Giménez, 2012). A pesar de que estos comportamientos van en contra de ciertas normas y reglas no se puede confundir con este diagnóstico, puesto que las conductas disruptivas en el trastorno de conducta sobrepasan la “maldad infantil o rebeldía adolescente” (Lattore et al., 2010).

Otra característica a considerar es que es una sicopatología que se especifica por tener apareamiento temprano en el preescolar y puede permanecer en la adolescencia, debido a su cronicidad; sin embargo, un apareamiento a edades muy tardías, luego de los 16 años, es poco común (Griffiths y Hart, 2016). Según Parrado, 2007, puede presentarse, más probablemente, a partir de los cuatro años, luego el riesgo de desarrollarlo disminuirá (Meléndez et al., 2017). Por otro lado, Richman, Stevenson y Graham, contradicen lo anterior al declarar que se puede diagnosticar el trastorno a edades más tempranas y coinciden con la cronicidad de los síntomas. Los siguientes resultados de su investigación corroboran sus declaraciones: “67% de los niños con trastorno de la conducta a los dos años de edad, seguían manifestando desordenes de la conducta a los cinco y seis años; y casi un tercio de los niños de cinco años todavía eran agresivos a la edad de 14 años” (Meléndez et al., 2017).

El niño, niña o adolescente al accionar de la manera mencionada afectaran su desenvolvimiento en las diferentes esferas de desarrollo (personal, familiar, escolar y social) (Villanueva y Ríos, 2018) (Pereira et al, 2013) (Rubio y Giménez, 2012) (Araujo, Jané, Bonillo y Capdevilla i Brophy, 2014), también perturbará a la sociedad a nivel económico y social (Salvatore y Dick, 2018). Por lo tanto correspondería considerarlo como uno de los problemas clínicos con mayor impacto en la infancia y posiblemente en la edad adulta, al haber la posibilidad de empeorar los síntomas en el tiempo e incluso derivar en otro trastorno,

trastorno de personalidad antisocial (López et al, 2012) (Griffiths y Hart, 2016), principalmente si no es diagnosticado y tratado de una manera adecuada. Es por ello que la búsqueda de un tratamiento efectivo y su implementación son cruciales (Salvatore y Dick, 2018).

No obstante, este plan de acción social no ha tenido muchos progresos al no poder identificar un dato de prevalencia actualizado y confiable. En base a un estudio, Global Burden of Disease Study 2010, la prevalencia a nivel mundial es de 3.2% teniendo un impacto en más de 5.75 millones de personas (Salvatore y Dick, 2018). Un dato más reciente es el obtenido de una recopilación de información del 2016, la prevalencia de la psicopatología es del 2,2%, solamente en adolescentes (Theule et al., 2016), y la prevalencia en la población general varía entre el 2 al 10% (Griffiths y Hart, 2016). Un dato alarmante y por el cual se deberían acelerar la implementación de medidas es el obtenido por el Observatorio Nacional de Salud Mental de Colombia (ONSM) en el 2010 que se afirma que “el 6% de los niños de 9 a 17 años de edad están diagnosticados con trastorno de conducta” (Meléndez, Cabrera, Baldovino y Díaz, 2017).

Esta alteración en el comportamiento es un trastorno catalogado a nivel de salud mental; por esta razón se requiere de especialistas, que sean los que den un diagnóstico y que guíen el tratamiento elegido y adecuado para el cuadro clínico del paciente. Por ende que los únicos profesionales que pueden hacerse cargo de estos procedimientos son los pertenecientes al equipo de salud mental (Griffiths y Hart, 2016), debido a que sabrán identificar síntomas neurológicos, psicológicos, alteraciones en funciones cognitivas, conductuales y sociales (Theule, Germain, Cheung, Hurl y Markel, 2016) en base a los que se manejará un procedimiento adecuado (Griffiths y Hart, 2016).

El diagnóstico del presente trastorno podrá ser evaluado a través de diferentes manuales de diagnóstico e instrumentos que proponen ciertos parámetros y criterios a cumplir para poder indagar todos los síntomas y áreas necesarias para empezar a tener una idea general de la situación con la que el especialista y el paciente trabajarán. Los instrumentos más comunes y utilizados actualmente en el área de psicopatología son el CIE 10, DSM-IV TR y, en los últimos años, DSM-5 (Rubio y Giménez, 2012) (Baker, 2016).

El DSM-IV TR (2002) es una herramienta en el que el trastorno de conducta se encuentra etiquetado como trastorno disocial dentro de la categoría de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. Este manual plantea que para que exista un diagnóstico se debe cumplir con tres de los criterios propuestos durante el tiempo de un año (el último año), pero además un criterio debe encontrarse presente durante los seis últimos meses (Rubio y Giménez, 2012) (Baker, 2016). En este manual se formula que los comportamientos deben ser continuos, recurrentes y deben atentar contra los derechos y leyes sociales básicas. Los criterios son: Agredir o mostrar un proceder inhumano de manera verbal, física o psicológica a personas y/o animales; irrumpir, violar o dañar propiedad de manera deliberada y violenta; robar con la finalidad del beneficio propio; y quebrantar reglas, normas y derechos sociales (Monguí y Rey, 2015) (Rubio y Giménez, 2012). La irritabilidad e impulsividad, deficientes habilidades prosociales, incapacidad de sentir culpa, irresponsabilidad para manejar la frustración y consumo de sustancias son variables arraigadas al trastorno disocial (Rubio y Giménez, 2012).

Una versión actualizada de la herramienta DSM, el DSM5, colocará al trastorno de conducta dentro de la categoría de trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta. En esta versión la psicopatología no tendrá una identificación totalmente distinta; se la diagnosticará en base a tres criterios (A, B y C). El primer criterio describe a los

comportamientos distintivos del trastorno como un conjunto de conductas constantes y reiterativas mal adaptativas (Santader, 2016). Para cumplir con el criterio A, se debe “presentar en los doce últimos meses por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquiera de las categorías siguientes y existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses” (American Psychiatric Association, 2013) (Villanueva y Ríos, 2018) (Meléndez et al., 2017). Los criterios son los siguientes (American Psychiatric Association, 2013):

- A. Agresión a personas y animales (Acoso, amenaza, intimidación, peleas o maltrato físico, uso de arma en peligro a terceros o violación sexual a alguien).
- B. Destrucción de la propiedad de manera intencional.
- C. Engaño o robo (invasión de propiedad, mentir en beneficio propio y robo de objetos de valor).
- D. Incumplimiento grave de las normas (fugas y salida de casa sin permiso previo a 13 años de edad y/o por un tiempo prolongado, inasistencia a la escuela previo a los 13 años de edad).

Los criterios B hacen referencia al impacto clínicamente significativo que los comportamientos descritos tendrán en los diferentes ambientes en los que el paciente interactúa. Por último, el criterio C, recalcará que para el diagnóstico de trastorno de conducta en personas mayores a 18 años solo podrá ser accesible si no se cumple con el diagnóstico de trastorno de la personalidad antisocial (American Psychiatric Association, 2013).

Adicionalmente, el DSM5 propone realizar un diagnóstico más detallado, al requerir puntualizar ciertas características relevantes en el análisis de un caso de trastorno de conducta con el objetivo de evaluar y predecir la prognosis del trastorno e igualmente poder identificar el mejor tratamiento en cada caso. Se describirán especificadores de edad, de habilidades

sociales y de severidad (Santader, 2016) (Griffiths y Hart, 2016). Los niveles de severidad son desde leve hasta severo y se medirá con relación al nivel de afectación a las diversas esferas (personal, familiar, escolar y/o social) y los síntomas que se manifiesten (Villanueva y Ríos, 2018) (Meléndez et al., 2017) (Griffiths y Hart, 2016).

Por otro lado, el especificador por la edad se fundamenta por el momento en el que apareció el primer síntoma, debido a que algunos estudios sustentan que esta variable puede influir en la evolución del trastorno. Los especificadores son: antes de los 10 años (inicio en la infancia), y aparecimiento luego de los 10 años (inicio en la adolescencia) o no especificado si se desconoce la edad de inicio (Griffiths y Hart, 2016) (American Psychiatric Association, 2013). En el ámbito de las capacidades sociales se puede identificar especificadores que muestran las habilidades con relación a capacidad de sentir remordimiento o culpa, empatía, preocupación por el desempeño; de expresar emociones; y de proyectar habilidades prosociales (American Psychiatric Association, 2013).

En base a todo lo presentado anteriormente, el conocimiento con relación a esta problemática va aumentando, lo que ha dado una idea sobre la situación que la sociedad actual debe manejar. Se debe reconocer que las investigaciones no han llegado a llenar todos los vacíos de información y en otros casos la información no ha sido debidamente revalidada, dando cabida a la duda. Un ejemplo de ello es las causas de la presencia del trastorno y razones de su progresión en el tiempo porque aún se desconoce estas variables con certeza (Villanueva y Ríos, 2018). No obstante, la mayoría de exploraciones proponen un modelo biopsicosocial, es decir, la acción de diversos factores biológicos, genéticos, psicológicos y ambientales que serán los responsables de la presencia y de la evolución de la patología (Meléndez et al., 2017).

Un primer factor de riesgo para analizar es la vulnerabilidad con relación al sexo, es decir, si hay una mayor probabilidad de presentar este trastorno en el sexo femenino o masculino, tras investigaciones la prevalencia presente en uno u otro sexo no se encuentra esclarecida al no respaldarse con el suficiente soporte alguna teoría (Meléndez et al., 2017).

En este trabajo es importante hacer mención los datos registrados por el Observatorio Nacional de Salud Mental de Colombia que afirma que hay una mayor prevalencia en el género masculino (Meléndez et al., 2017); sin embargo, no es un dato que pueda extrapolarse a toda la población mundial. Adicionalmente, en base al conocimiento que se ha comprobado hasta el día de hoy, los genes que afectan al sexo femenino y masculino son los mismos (Salvatore y Dick, 2018).

El sexo del individuo, que con la información expuesta anteriormente, no es una variable que tenga un gran impacto en el apareamiento o evolución de la patología. No obstante, existen otros constituyentes a nivel genético que pueden tener un mayor impacto. Esta afirmación ha sido corroborada y se le ha concretado al proponer un incremento de la vulnerabilidad en caso de estar expuesto a factores ambientales. Un estilo de estudio que llevan a estas conclusiones es el que se estructura a través de antecedentes familiares, reportándose que hijos diagnosticados con trastorno de conducta, tiene mayor riesgo de tener padres y madres con records criminales (Monguí y Rey, 2015) (López et al., 2012) (Lattore et al., 2010) (Rey, Monguí y Paitán, 2015).

Los genes también han sido un foco de indagación para determinar y predecir la edad en la que los síntomas se expresarán, pero no se ha obtenido una conclusión aceptable con relación a genes diferentes; lo que ha llevado a proponer que un solo gen puede activarse en un momento y afectar el comportamiento (Salvatore y Dick, 2018).

Factores pre y post natales, luego de obtener evidencia, se ha demostrado que pueden aumentar el riesgo de desarrollar trastorno de conducta. Muchos de estos criterios son conocidos y el ser humano puede intervenir sobre ellos, por lo que se les debería poner especial atención para evitar estas complicaciones que afectaran de por vida a todos los involucrados. Algunas causas son consumo de alcohol por parte del padre, diagnóstico de depresión o episodios de depresión en la madre y crianza con apego no seguro (Monguí y Rey, 2015) (López, Llano, Sánchez, Sanguino y Alberola, 2012) (Lattore et al., 2010) (Rey et al, 2015).

El apego es una de las causas más estudiadas en este trastorno, debido a que se afirma que este concepto es crucial para las emociones y las relaciones sociales, especialmente para sentir empatía, es decir, “la capacidad para sentir y entender la emoción en otros” (Botero, Tobón, Gonzalez y Barceló, 2010), la cual influirá en el comportamiento humano, como un regulador y base para el desarrollo moral (Botero et al., 2010). Por consiguiente, en el caso de apego no seguro es posible presentar dificultad en el reconocimiento de emociones en los demás, en percepción emocional, en cognición social y se puede llegar a mostrar actos disruptivos y violentos (Botero et al., 2010) (Santader, 2016).

En la investigación por descubrir los factores involucrados en el desarrollo de la psicopatología, también se indagó con aspectos biológicos que pueden predisponer al individuo a presentar los síntomas o la psicopatología como tal (Theule et al, 2016) (Frick y Dickens, 2006) (Lafortune y Meilleur, 2014). Los resultados con mayor respaldo muestran alteraciones a nivel de la materia gris en las regiones corticales y subcorticales del cerebro, es decir, hay cambios a nivel de la estructura cerebral en áreas del procesamiento emocional y secreción de cortisol; provocando una respuesta deficiente en cuanto a la actividad a estímulos afectivos y empatía (Johnson, Kemp, Heard, Lenning y Hickie, 2015) (Zhou et al.,

2015). Las áreas más estudiadas y en las que existe mayor veracidad de sus anomalías estructurales son la corteza pre-frontal medial, corteza orbitofrontal, la corteza parietal, la corteza cingular anterior, el lóbulo temporal medial, la amígdala y la ínsula anterior, (Zhou et al., 2015) (Broulidakis et al., 2016).

Una de estas estructuras, que presenta las alteraciones más reconocidas y revalidadas, es a nivel de la corteza prefrontal (Theule et al., 2016) (Lattore et al., 2010), la cual tendrá repercusiones en el normal funcionamiento del ser humano reportadas por la incapacidad o el déficit de la función de planeación, evitación a situaciones del alto riesgo, aprendizaje a través de ensayo-error y toma de decisiones a favor de recompensa y en contra de castigos (Lattore et al., 2010) (Wallace et al., 2015). Otras investigaciones proponen localizaciones mucho más precisas de las variaciones, por ejemplo en la corteza pre frontal ventromedial (Wallace et al., 2015), corteza prefrontal orbitofrontal, dorsomedial y dorsolateral (Haney, Caprihan y Stevens, 2014).

Para la existencia de una deficiencia emocional y social, a parte de las alteraciones en la corteza prefrontal, los experimentos justifican carencia de materia gris en la corteza temporal, hecho que provocaría deficiencia en identificación cognitiva social (Wallace et al., 2015) (Haney et al., 2014). En un nivel más específico, las modificaciones serán en el lóbulo temporal medial, estructura encargada de la autoreferencia de pensamientos y actividades cognitivas y procesamiento afectivo (Zhou et al., 2015)

Otras diferencias estructurales en personas diagnosticadas se localizan en la amígdala, estructura relacionada con las emociones, esencialmente con el miedo; presentándose como una disminución en el volumen de la materia gris en esta estructura (Fanti, 2018) (Wallace et al., 2015). Las consecuencias de estas variaciones podrán afectar al aprendizaje por medio de reforzamiento emocional, puesto que habrá una baja reacción al miedo, a la tristeza y al juicio

moral (Wallace et al., 2015). El estriado, otra área subcortical, muestra una reducción en su volumen ocasionando errores en la habilidad de predicción (Wallace, et al., 2015). Por otro lado, se presume un daño en la ínsula (Wallace et al., 2015).

A raíz de estos descubrimientos, se propuso que las alteraciones no se encuentran en las estructuras, sino en los circuitos neurales, en las conexiones entre las estructuras. Proponiéndose y encontrándose anomalías en microestructuras de la materia blanca, lo que significaría que el malfuncionamiento es consecuencia de un daño a nivel axonal (Haney et al., 2014). Las posibles conexiones deficientes son frontal-parietal, frontal-temporal, parietal-temporal, prefrontal-parietal-occipital, tálamo-médula espinal y temporal-frontal-resto del cerebro. Se han visualizado deficiencias en el stratum y en el cerebelo (Broulidakis et al., 2016) (Zhou et al., 2015). A pesar de la información encontrada que respalda estas ideas, no es suficiente como para aceptarla como una verdad absoluta (Zhou et al., 2015).

También se han explorado otros sistemas del cuerpo humano; uno de los más representativos es la piel a través de la conductancia, ya que ha contribuido al entendimiento de la psicopatológica y confirmado la veracidad de ciertas discapacidades (Schoorl, Van, De Wied, Van y Swaab, 2016). El nivel de conductancia de la piel, medida a través del electromiograma, refleja el funcionamiento del sistema nervioso simpático y la capacidad de sentir empatía. En casos de una persona con trastorno de conducta el nivel de conductancia tanto en un estado basal como en una situación estresante es más bajo de lo normal (Fanti, 2018).

Los factores biológicos y genéticos no satisfacen en su totalidad las razones del apareamiento y desarrollo de trastorno de conducta; debido a que el ambiente y la cultura tienen un papel influyente como causas críticas en esta psicopatología. Las fuentes de riesgo que se han identificado como más perjudiciales se encuentran en el entorno familiar como el

divorcio o separación de los padres, abuso o dependencia a las drogas por parte del padre, negligencia o poca supervisión, familias con muchos miembros, (Monguí y Rey, 2015) (López et al. 2012) (Lattore et al., 2010) (Rey et al., 2015) y un nivel socioeconómico bajo (Botero et al., 2010) (Lattore et al., 2010). Además la evidencia colabora que el bajo nivel de escolaridad y el abuso físico o sexual son elementos que pueden influir en el apareamiento de este trastorno (Villanueva y Ríos, 2018) (Lattore et al., 2010). Hay evidencia de que la edad de la madre aumenta la probabilidad en caso de que sea muy joven (Villanueva y Ríos, 2018).

Sin embargo, también existe impacto por parte de la sociedad en el incremento de comportamientos agresivos. Esto se debe a que si se crece en un entorno violento se requerirá del aprendizaje de estas conductas como herramientas defensivas (Botero et al., 2010) (Villanueva y Ríos, 2018). Consecuentemente, por la exposición constante, la probabilidad de conductas agresivas y el desarrollo del trastorno aumentará, al cambiar la utilidad de estas conductas de defensa a “acciones proactivas” (Botero et al., 2010) (Villanueva y Ríos, 2018) (Lattore et al., 2010). Este escenario puede reflejarse incluso en relaciones conflictivas con compañeros y autoridades (Monguí y Rey, 2015) (López et al., 2012) (Lattore et al., 2010) (Rey et al., 2015).

Otra variable a considerar son los antecedentes de enfermedades psiquiátricas o psicológicas de los padres (Villanueva y Ríos, 2018), en especial en casos de trastornos de estado de ánimo, de ansiedad, de déficit de atención, de dependencia de sustancias, trastorno de esquizofrenia, trastorno de personalidad o a causa lesiones neurológicas (López et al., 2012) (Lattore et al., 2010) (Johnson et al., 2015).

El análisis de riesgo psicológico se considera crucial para la evaluación de trastorno de conducta, debido a que refleja causas evidentes, síntomas característicos y las primeras

evidencias perceptibles de esta patología (Pijper et al., 2018) (González, Bonilla, Vargas y Cala, 2016) (Rubio y Giménez, 2012). Por estas razones la evaluación de esta variable es un paso concluyente de valor en el diagnóstico, en la estructuración y planificación de intervención como en el seguimiento de cada uno de los casos. Algunas de las principales deficiencias psicológicas con las que esta psicopatología se ha relacionado son la funciones ejecutivas; toma de decisiones, atención autocontrol conductual y emocional (Villanueva y Ríos, 2018) (Johnson et al., 2015); que pueden repercutir en comportamientos mal adaptativos, poca inhibición, deficiencias en procesamiento de recompensa y la retroalimentación (Gao et al., 2015) y acciones criminales desde la infancia (Johnson et al., 2015) (Araujo et al., 2014) (Nunes, Faraco y Vieira, 2013).

Otro de los riesgos es la función cognitiva afectada de la memoria de trabajo, según Brocki, implicando actuaciones agresivas, violentas e inapropiadas (Araujo et al., 2014) (Rey et al., 2015). Empero, estudios como los realizados por Fischer en el 2005, Sergeant en el 2002 y Van Goozen en el 2004, proponen que los niños, niñas y adolescente con trastorno de conducta se caracterizan por una pobre capacidad de autocontrol de impulsos, la misma que se compensará a través de las demás funciones ejecutivas; siendo poco probable registrar el presente problema (Araujo et al., 2014).

Otras particularidades son la incapacidad de condicionamiento y respuesta a emociones (Fanti, 2018), una inteligencia verbal y razonamiento espacial disminuidos (Rey et al., 2015) y la externalización de los problemas, interviniendo en el sentido de autocontrol y desarrollo de autonomía e impulsando actos delictivos e impulsivos como el uso de sustancias psicoactivas (Pereira et al., 2013) (Nunes et al., 2013) (Villanueva y Ríos, 2018). Otra irregularidad presente en casos de trastorno disocial es una menor activación del sistema de inhibición del comportamiento a través de retroalimentación negativa. Por otra parte, se

evidencia aumento en el sistema de estimulación del comportamiento, es decir, de búsqueda de estimulación externa. Todo lo anterior resultará en un aumento de acciones no deseadas (Gao et al., 2015).

Como se mencionó anteriormente, los factores de riesgo psicológico son alteraciones que pueden ser evidenciados con facilidad y premura, considerándose muchos de ellos como predecesores o indicadores, permitiendo una intervención y prevención del apareamiento y progreso de la patología. Algunos de estos criterios son personalidad complicada, falta de inhibición (Nunes et al., 2013), bajos niveles de empatía, irritabilidad e inconformismo (Rey et al., 2015), pobre desempeño a nivel escolar (Johnson et al., 2015) y uso de sustancias (Nunes, 2013).

Se ha llegado a conocer sobre cierta vulnerabilidad o predisposición a desarrollar trastorno de conducta causa de un diagnóstico previo. Un ejemplo de ello es el trastorno negativista desafiante, considerado como el predecesor. Aunque, la evidencia de esta relación no es concluyente (Lattore et al., 2010). Por el contrario, el trastorno de personalidad antisocial es conocido como el trastorno consecuente a un trastorno de conducta antisocial (Frick et al., 2014).

Otras psicopatologías que se han llegado a relacionar e incluso a representar factores de riesgo son los trastornos de ansiedad y de estado de ánimo (Johnson et al., 2015), trastorno de abuso de sustancias y trastornos somatomorfos (Theule et al., 2018). Se debe reconocer el formidable grado prevalencia con el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (Johnson et al., 2015) (López et al., 2012) (Villanueva y Ríos, 2018) (Erskine et al., 2016). El propósito de diagnosticar y comprobar una comorbilidad es predecir la prognosis de la psicopatología (López et al., 2012) (Santader, 2016).

El trastorno de conducta es una psicopatología que debido a los síntomas conductuales, cognitivos y emocionales tiene un gran impacto en la vida de quien lo padece; afectando gravemente los diferentes entornos en los que se desenvuelve y a su salud integral (física, psicológica, y social) (Rubio y Giménez, 2012) (Erskine et al., 2016).

El estudio realizado por Botero, Tobón, Gonzalez y Barceló prueba el nivel del impacto de los síntomas en el desenvolvimiento diario, al poner en evidencia la incapacidad de predecir las consecuencias de sus propios actos, particularmente las que afectan a terceros, poco interés en los sentimientos, reglas y normas (2010). Esta incapacidad puede ser consecuencia del síntoma característico de disminución de empatía (Botero et al., 2010). Los niños, niñas y adolescentes muestran poca tolerancia a los cambios, como consecuencia de su baja habilidad a la adaptación a las nuevas situaciones, o a circunstancias que no se acople a sus deseos; lo que generará un inconformismo constante y acarreará una acción irreverente (Moreno y Utria, 2011).

Otras repercusiones se pueden evidenciar en el campo escolar, reflejando un desempeño insuficiente (Theule et al., 2016) (Erskine et al., 2016) y constantes expulsiones de unidades educativas; en consecuencia se agravará el problema académico al no mantenerse una estabilidad educativa, lo que motivará al abandono escolar y al bajo nivel de instrucción en el niño, niña o adolescente (López et al, 2012).

Los comportamientos erráticos e incapacitantes, por falta de un diagnóstico temprano o de intervención temprana o de una intervención en cualquier fase de la progresión, pueden agravarse con en el tiempo con conductas criminales, problemas de salud, malas relaciones sociales, consumo de drogas legales e ilegales, conducta sexual peligrosa, embarazo adolescente (Villanueva y Ríos, 2018) (Erskine et al., 2016). En el caso del escaso nivel académico se podría derivar en un mal desempeño a nivel laboral, estrés laboral, desempleo,

ansiedad y/o depresión; lo que podría resultar en bajo nivel económico, empezando o perpetuando un ciclo de pobreza. Este escenario exhibe que las consecuencias de este trastorno no solamente afecta a la persona, sino también a su familia, comunidad e incluso a la sociedad en general, con un elevado costo (Erskine et al., 2016) (Theule, et al., 2016) (Fanti, 2018).

Una de las consecuencias que generan mayor preocupación a nivel social es la del posible desarrollo de trastorno de personalidad antisocial (Rubio y Giménez, 2012). Esta declaración es aceptada basándose en las similitudes a nivel cerebral, específicamente, en la corteza prefrontal, temporal, cuerpo caloso, sistema de amígdala, hipocampo y corteza cingulada anterior (Monguí y Rey, 2015); cambios que justifican los rasgos antisociales (Villanueva y Ríos, 2018).

Como se ha expuesto anteriormente, el trastorno de conducta es una psicopatología incapacitante y progresiva que perturbará y afectará al bienestar de individuo y su entorno (Meléndez et al., 2017). Por tanto, se propone que la mejor manera de combatir esta problemática social es a través de una intervención temprana y precisa, con la finalidad de controlar y disminuir los factores de riesgo y primeras señales del trastorno o en el peor de los casos controlar los síntomas leves evitando su progresión (Araujo et al, 2014) (Rey et al., 2015). Adicionalmente, se plantea un tratamiento multidisciplinario, el cual debe ser dirigido por los profesionales competentes en el área. El propósito de llevar un tratamiento con estas especificaciones es evitar en todo lo posible el desarrollo de limitaciones y discapacidades presentes y futuras (Villanueva y Ríos, 2018) (Rubio y Giménez, 2012) (Erskine, et al, 2016).

En torno al objetivo de hallar la intervención más idónea para esta psicopatología se ha probado y se siguen probando diferentes programas de intervención enfocados en los aspectos que se aprecian como los más debilitantes, ya sea por su impacto a nivel social,

laboral o en seguridad personal (Monguí y Rey, 2015). Algunos tratamientos se han enfocado en atacar y menguar los síntomas conductuales, cognitivos, emocionales y sociales que se presentan; en otros casos los esfuerzos se dirigen al desarrollo de habilidades que permitan tener éxito en la adolescencia como en la adultez, lo que ha dado resultados positivos en cuanto a disminución de conductas agresiva (Sarason y Sarason, 1996) (Rey, 2010). Mientras otras perspectivas proponen énfasis en los factores que aumentan o disminuyen la probabilidad de desarrollo y agravamiento de la psicopatología, más que los síntomas como tal (Theule et al., 2016).

La estructuración y administración de las intervenciones han tomado como base algunos enfoques, los cuales darán las directrices y prioridades sobre las que se debería intervenir. El enfoque cognitivo conductual se orienta en mejorar habilidades como el control sobre las acciones impulsivas y dirigidas por emociones y mejorar ciertas funciones cognitivas (Lattore et al., 2010). No trata de determinar las causas de las conductas antisociales, sino intenta reemplazarlas por nuevas conductas más adaptativas, efectivas y sociales (Moreno y Utria, 2011).

Otro enfoque que se ha implementado se basa en el aprendizaje social, resolución de problemas y manejo emocional. Este tipo de intervención se ha probado eficazmente en niños de 4 a 8 años de edad, en un programa denominado Incredible Years Child Training (Kyranides et al., 2018). Otros programas que han logrado buenos resultados son CARES (Coaching and Reward Emotional Skills) y Coping Power Program. El primero de ellos está dirigido a niños y niñas de 3.5 a 8 años de edad y es un programa enfocado en mejorar habilidades como la atención a señales faciales de angustia, el reconocimiento e interpretación de emociones (ira y frustración), el accionar prosocial y empático y la reducción de comportamientos agresivos; a través de la herramienta del reforzamiento

positivo. Mientras tanto Coping Power Program se enfoca en el contexto social y cognitivo del niño, niña y adolescente (Pisano et al., 2017).

En general, se han evaluado muchas herramientas y mecanismos a través de experimentos, permitiendo identificar aquellos que han provocado un cambio científicamente representativo en la variable sobre la que actúa, algunas de ellas son modificación de conducta, entrenamiento de ciertas habilidades como son el reconocimiento e interpretación emocional, habilidades personales y de funciones ejecutivas, específicamente la función de resolución de problemas (Monguí y Rey, 2015) (Kyranides et al., 2018). Adicionalmente, los estudios corroboran que se requiere de una intervención que abarque diversas funciones para poder garantizar ser un tratamiento eficaz en el bloqueo de la evolución de los síntomas e incluso se podría llegar a desaparecerlos (Kyranides et al, 2018).

Las investigaciones afirman que el estilo multicomponente o multisistémico en la terapia es aquel que reportará los mejores resultados en casos de trastorno de conducta (Kyranide, 2018) (Monguí y Rey, 2015), disminuyendo la severidad de los síntomas y mejorando la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes (Moreno y Utria, 2011). Es por esta razón que los tratamientos individuales, familiares, comunitarios (Moreno y Utria, 2011) deberían empezar a acoplarse a este modelo, existiendo intervenciones desde los entornos más cercanos al paciente, como son el hogar y la escuela; además estos entornos son los que mayormente influirán en el tratamiento (Sarason y Sarason, 1996) (Rey, 2010) (Kyranides et al., 2018).

Los programas dirigidos a los padres y madres de familia como a la familia nuclear, tienen la finalidad de dar una estructura sobre el comportamiento adecuado, con habilidades y métodos que disminuyan las acciones disruptivas y refuerzo hacia aquellas deseadas y prosociales, además de mejorar las relaciones y estructura familiar (Kyranides, Fanti,

Katsimicha y Georgion, 2018). Para ello se han empleado diversas herramientas como son la modificación de conducta y aprendizaje social, métodos de reforzamiento y de instrucciones claras para evitar que se manifiesten actos poco deseados y maximizar la ocurrencia de las conductas deseadas; también se han manejado herramientas de regulación emocional y resolución de conflictos, comunicación, apoyo y estima (Moreno y Utria, 2011). Los cambios logrados a través de estas intervenciones en muchas ocasiones no se generalizan, por lo que no habrá señales de mejoría en otros entornos que no sea el hogar (Kyranides et al., 2018).

El papel que cumplen las entidades educativas en relación a esta psicopatología es crucial desde la de prevención y diagnóstico temprano, puesto que este es uno de los entornos que se verá afectado en primer lugar y será uno de los aspectos que más se perturbará en el futuro (Kyranides et al., 2018) (Rubio y Giménez, 2012). Es por ello que sería de utilidad realizar evaluaciones en centros educativos sobre la conducta de los estudiantes. Además de construir un plan de intervención y de atención primaria, poniendo especial cuidado en factores de riesgo, en las familias y comunidad (Griffiths y Hart, 2016).

Con esta perspectiva se han planteado diversos tipos de intervención que pueden ser de utilidad en prevención primaria y secundaria (Moreno y Utria, 2011) e incluso se ha llegado a creer que los tratamientos más efectivos son aquellos que se fundamentan y enfocan en los factores de protección y de riesgo (Theule et al., 2016). Para lo cual, se deben identificar claramente los factores de protección individual, familiar y social que pueden ser promovidos con el objetivo de disminuir la probabilidad de apareamiento de esta y otras psicopatologías en la población en general (Villanueva y Ríos, 2018).

Los factores de protección que se han identificado tras investigaciones son la capacidad de establecer relaciones sociales a temprana edad; altas aspiraciones en la vida; nivel de educación; funciones cognitivas, especialmente funciones ejecutivas, eficientes;

capacidad de resiliencia; expresión de conductas prosociales y empatía; entorno familiar y escolar; nivel socioeconómico favorable; apego seguro; madres mayores a 30 años de edad; y ambiente con bajos niveles de estrés (Pereira et al., 2013) (Villanueva y Ríos, 2018) (Nunes et al., 2013) (Botero et al., 2010).

En la actualidad se han propuesto tratamientos identificados como moderadamente efectivos para esta psicopatología. Estos se enfocan en los principios de terapia cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad y las emociones. Un ejemplo es el tratamiento multidimensional Foster Care o la terapia multisistémica, que aplican técnicas de aprendizaje social y emocional. Otra estrategia es la de práctica de crianza, que incluye estrategias de reducir el estrés, se aplica a los padres (Blair et al., 2014).

Otro tratamiento es el uso de fármacos, como son antipsicóticos, risperidona, aripiprazol o metifenidato; sin embargo, todos deben mantener supervisión y control riguroso, y tras su administración se presentarán efectos adversos (Blair et al., 2014). Este mecanismo de acción no garantiza los mayores y mejores resultados, además que no existe un plan de acción y dosificación estandarizado (Haller, 2018).

### **Trastorno de conducta de inicio en infancia y de inicio en la adolescencia.**

Basándose en algunas investigaciones, la edad de apareamiento de los síntomas en el trastorno de conducta puede ser un factor de relevancia para el entendimiento del mismo, al haberse encontrado diferencias a nivel biológico, psicológico y social dependiendo si los síntomas aparecen en la infancia o en su defecto en la adolescencia (Rey et al., 2015) (Frick y Dickens, 2006) (Baker, 2016). En otras palabras, si es un trastorno de conducta de inicio temprano o infantil, en el caso de que al menos uno de los síntomas haya estado presente previo a los diez años; o de inicio tardío o adolescente, si los comportamientos se manifestaron luego de los diez años de edad (López et al., 2012).

Algunas diferencias a considerar, en el caso del trastorno con apareamiento infantil que se pueden presenciar con mayor frecuencia son conductas indeseadas, dificultades académicas, consumo de alcohol a edades más tempranas y generalmente el individuo está expuesto a factores de riesgo (Theule et al., 2016) (Rey et al., 2015).

Adicionalmente el trastorno de conducta de inicio en la infancia, frecuentemente, está precedido por el trastorno negativista desafiante y hay mayor riesgo de ser predecesor del trastorno de personalidad antisocial o de compartir diagnóstico con la psicopatología de déficit de atención e hiperactividad. Por tanto se podría predecir una peor prognosis, además que se tiene evidencia que suele permanecer por toda la vida, a comparación del trastorno de conducta de inicio tardío que generalmente tiene una mejor respuesta frente al tratamiento y mayor probabilidad de recuperación (Rey et al., 2015) (López, Llano et al., 2012) (Fanti, 2018).

Otros factores que hacen del trastorno de conducta de inicio en la infancia más preocupante es que se encuentra más relacionado con alteraciones a nivel neurocognitiva, problemas mentales y emocionales, estilos parentales no adecuados, trauma, síntomas psicóticos, menores niveles de educación e historial de comportamientos criminales (Johnson et al., 2015) (Fanti, 2018). Un estudio realizado por Frick, en 1999, identificó la diferencia en base al estilo parental manejado con el infante, si este es autoritario se promoverá a un inicio del trastorno en la etapa de la infancia; por otro lado, un estilo negligente y en el que se perciba abandono se relaciona con un inicio durante la adolescencia; si esta particularidad se logra confirmar, podría tener utilidad en el tratamiento (Rey et al., 2015).

### **Trastorno de conducta con habilidades pro-sociales limitadas.**

El trastorno de conducta con habilidades prosociales limitadas, también denominado callous-unemotional (Blair et al., 2014), se diferencia de un trastorno de conducta sin

especificadores o con otros especificadores por la presencia de síntomas adicionales como son disminución en el sentido de culpa, poca preocupación y empatía, y una pobre respuesta frente a las interacciones sociales (Blair et al., 2014) (Elizur y Somech, 2018). Estas peculiaridades se expresa, habitualmente, a temprana edad alrededor de los dos años, predecirán una peor progresión, baja respuesta al tratamiento y una predisposición a presentar conducta antisocial (Blair, Leibenluft y Pine, 2014) (Pisano et al., 2017).

El diagnóstico de este especificador por medio del instrumento de diagnóstico DSM-5, propone la evaluación de ciertos criterios durante el último año, que se deberán cumplir dos de los juicios para completar el diagnóstico. Los criterios son disminución de sentimiento de remordimiento o culpa, poca importancia con relación al comportamiento, deficiente afecto y carente de empatía (Griffiths y Hart, 2016). Adicionalmente, se debe manifestar esta conducta en varios entornos y en diversas situaciones (American Psychiatric Association, 2013).

Otras de las características más distintivas son bajo nivel de miedo y ansiedad, insensibilidad al castigo o consecuencias negativas y búsqueda del dolor; variables que pueden interferir con el desarrollo de la consciencia y la moralidad. Adicionalmente exhibe déficit de sensibilidad hacia la recompensa y buscan sensaciones que aumenten sus niveles de estimulación, lo que podría estar asociado con comportamientos sociales inapropiados (Lafortune y Meilleur, 2014) (Fanti, 2018). Es por todo esto que una persona con trastorno de conducta con esta particularidad tiene dificultades en controlar los comportamientos al no comprender el manejo de la sociedad (Fanti, 2018).

El trastorno de conducta con habilidades pro-sociales prefieren guiarse por las recompensas y no por los castigos (Blair et al., 2014). Otro de los rasgos indispensable al estudiar esta sicopatología es la falta de empatía por la poca expresión de emociones y

también por la incapacidad de identificar y reconocer ansiedad en los demás; esta carencia de empatía se comprueba a través de la deficiente respuesta a nivel fisiológico (Blair et al., 2014).

Los factores que pueden predisponer a presentar este especificador pueden ser de tipo biológico pre y post natal, psicológico o ambiental. El riesgo genético se encuentra actualmente muy poco estudiado, aun así se encuentran especulaciones en las que los posibles factores genéticos pueden estar interviniendo en las alteraciones de la empatía. Sin embargo, se ha llegado a proponer que para la expresión de esta propiedad deben interactuar los factores genéticos y ambientales (Blair et al., 2014) (Fairchild et al., 2015) (Pisano et al., 2017). Otros riesgo prenatales, más allá de lo genético, son el consumo de sustancias y el estrés que serán importantes factores que deterioren las habilidades sociales y predispongan al desarrollo de limitantes en la misma área (Baker et al., 2011).

Se han evidenciado algunas alteraciones a nivel estructural que pueden ser las causas o predisponentes a los síntomas de este especificador (Puzzo et al., 2018). Se ha visualizado un adelgazamiento a nivel del giro temporal superior, que puede llegar a justificar las deficiencias a nivel cognitivo social relacionadas con la regulación emocional, razonamiento moral y procesamiento de la recompensa (Calzada, Álvarez, Galán y Valdés, 2017). Igualmente, se observa una disminución del lóbulo parietal inferior, lo que incapacita el reconocimiento de emociones faciales; anomalías que se han encontrado también en casos de esquizofrenia y en casos de autismo (Fairchild et al., 2015). De igual manera, se reporta disminución de la corteza orbitofrontal, que dificulta las tareas de toma de decisiones, regulación emocional y procesamiento de recompensa (Fairchild et al., 2015). Por el contrario, hay un aumento en el plegamiento cortical en la ínsula, lo que puede desencadenar rasgos de emociones limitadas y déficit en empatía (Fairchild et al, 2015).

Con relación a la amígdala se ha registrado una baja actividad, mostrándose insensible a emociones negativas y empáticas, que se corrobora con una activación baja por parte del sistema nervioso simpático frente a estímulos emocionales; además se evidencia una pobre regulación emocional (Fanti, 2018). Otras irregularidades se han encontrado a nivel de la corteza prefrontal dorsomendial, corteza de giro fusiforme y corteza occipital. También se ha sugerido deficiencias en los sistemas de conexiones axonales entre las estructuras (Fairchild et al., 2015).

Los factores riesgo postnatales, para un posible trastorno de conducta con emociones pro sociales limitadas, son la falta de supervisión y estilo parental disfuncional, la exposición a un ambiente violento, aplicación de una disciplina muy dura o bajo nivel socioeconómico (Blair et al. 2014) (Fairchild et al, 2015).

El tratamiento empleado en estos casos de trastorno de conducta muestra menos probabilidades de éxito, la misma que irá decreciendo con el tiempo. En consecuencia se considerará que la intervención temprana es la mejor opción, es decir, que se administre lo más pronto posible luego del diagnóstico (Colins, Van Damme, Fanti y Andershed, 2016) (Hawes, Price y Dadds, 2014). Se recomienda que en la evaluación participen los padres como el niño, con la finalidad de obtener un diagnóstico certero (Gao y Zhang, 2016).

Las terapias deben enfocarse principalmente en las habilidades sociales, de autocontrol, y manejo de problemas o conflictos; se puede implementar un enfoque motivacional. Las técnicas a utilizar no se pueden basar en castigos; empero, si en recompensas y manejo de la frustración (Datyner, Kimonis, Hunt y Armstrong, 2015). Estos tratamientos deben modificarse para que puedan intervenir los diversos entornos en los que el niño, niña o adolescente se desenvuelve (Kyranides et al., 2018).

Otra característica que debe ponerse especial atención es la propuesta por Frick y White, que declaran que la terapia que mejores resultados presentará es aquella que sea la más personalizada y alineada a las particularidades y necesidades del paciente, siendo esta la que tenga mejor resultados en trastornos de conducta (Houghton, Carroll, Zadow, Sanders, Hattie, y Lynn, 2017). Las terapias en grupo se han identificado como beneficiosas al ser un medio en el que se ponga en practicas la destrezas adquiridas (Houghton et al., 2017).

El entrenamiento emocional es un tipo de intervención que ha probado ser efectivo para el tratamiento de trastorno de conducta con emociones prosociales limitadas (Datyne et al., 2015). Esta conclusión se ha construido en torno a varios experimentos que han logrado resultados positivos contrarrestando los síntomas de esta patología. Una de estas pruebas se realizó en el 2012 por Dadds, Cauchi, Wimalaweera, Hawes y Brennan, quienes administraron este tipo de terapia a través de un modelo computarizado para atención e identificación emocional a niños y adolescentes diagnosticados con problemas de conducta y con rasgos de habilidades prosociales limitadas, se observaron mejoras en relación a empatía y reducción de conductas problemática, mejoras en las relaciones padre-hijo y mayor contacto ocular. (Datyner et al., 2015). A esta intervención se le combinó con terapia familiar (Pisano et al., 2017).

Algunos programas que se han probado son CARES (Coaching, and Rewarding Emotional Skill), programa para entrenamiento emocional que pone énfasis en las claves faciales para el reconocimiento emocional, para trabajar la conexión entre contexto y emoción y para enseñar el comportamiento empático y social (Pisano et al., 2017). Esta intervención, actualmente, se considera una de las terapias con mayor aceptación, puesto que ha mostrado resultados favorables previniendo y anulando los síntomas debilitantes del trastorno de conducta con habilidades prosociales limitadas (Datyner et al., 2015).

La técnica del contacto visual ha probado ser efectiva para mejorar la identificación, percepción y comprensión de los estados de ánimo de los demás; estas funciones promueven el desarrollo de empatía y habilidades sociales; es por ello que la carencia de este proceder ocasionará deficiencias de las habilidades interpersonales, especialmente al identificar como afectaran las acciones de uno en los demás (Hawes, Price y Dadds, 2014).

Otro tipo de intervención, una de las más estudiadas, es el entrenamiento social. Se utilizarán técnicas como el entrenamiento de buenas prácticas de crianza a los padres con la meta de mejorar el ambiente familiar a través del cambio de estilo democrático con límites, supervisión y apego; eliminando o reduciendo los estresores (Blair et al., 2014).

Para llegar a estas declaraciones se ha estudiado al estilo parental y como este puede afectar en la progresión del trastorno de conducta y del especificador de habilidades prosociales limitadas, identificándose los cambios relevantes luego de que haya un cambio en la relación padre-hijo por una interacción cálida (Muratori et al., 2016) (Hawes et al., 2014) (Pasalich et al. 2016). Obteniéndose resultados que evidencia que el refuerzo positivo y la calidez de la relación disminuyen los síntomas problemáticos en trastorno de conducta con habilidades prosociales limitadas (Hawes et al., 2014) (Pasalich et al., 2016) (Muratori et al, 2016).

El programa KoolKINDS se construyó basándose en el entrenamiento de habilidades sociales, autoregulación y en técnicas del enfoque cognitivo conductual. Las intervenciones utilizaron estrategias de historias en las que se recalca una habilidad (empatía, toma de decisiones o resolución de conflictos), juego de roles y deberes en casa (Houghton et al., 2017). Algunas técnicas del enfoque cognitivo conductual que se han visto efectivas son economía de fichas, reforzamiento positivo, entrenamiento social, entrenamiento de un deporte y reporte diario de conducta (Bansal, Waschbusch, Haas, y Babinski, 2018).

Las mejora de las habilidades interpersonales y las habilidades de autocontrol (habilidades cognitivas sociales, incremento de una respuesta adecuada, resolución de problemas y comunicación, regulación emociona, mejora de las relaciones interpersonales, mejor auto concepto, y una mayor consciencia emocional) han demostrado ser técnicas efectivas para contrarrestar los síntomas del trastorno como de las limitadas habilidades prosociales (Kyranides et al., 2018).

Adicionalmente, este tipo de entrenamiento se ha visto efectivo en casos en que se han empleado por los padres, entrenándolos en la teoría social y técnicas de reforzamiento de las conductas que se desea que se repitan, no reforzar las conductas indeseadas y construcción de límites, a través de mecanismos no agresivos como es el tiempo fuera. Esta intervención se fusiona con entrenamiento de las habilidades cognitivo conductuales, regulación emocional y resolución de conflictos (Hawes et al., 2014). Algunas técnicas utilizadas pueden ser modelamiento, el reforzamiento y la retroalimentación tanto para el entrenamiento en padres como con el niño (Pilling, Gould, Whittington, Taylor y Scott, 2013).

El programa Coping Power es un tratamiento dirigido a padres e hijos, basada en terapias grupales enfocadas en lo cognitivo, social y contextual empleando técnicas de expresión emocional, inteligencia emocional y empatía. Ha mostrado ser efectivo al disminuir las acciones antisociales e incluso, los estudios han respaldado su efectividad luego de un año de la intervención (Pisano et al., 2017). Las terapias individuales, de las que este tratamiento también se conforma, se enfocan en promover habilidades como la planificación, funciones ejecutivas, reconocimiento de emociones y cambios físicos, mejora de resolución de conflictos y relaciones sociales y mecanismos de relajación, en el caso de los padres se enfocarán en formas de reforzamiento frente a la conducta deseada y aprendizaje adecuados,

aprender a dar instrucciones, mejorar la comunicación, planteamiento de límites y eliminación de estresores en el ambiente familiar (Muratori et al., 2017).

Se ha considerado que las terapias dirigidas al manejo de trastorno de conducta con emociones prosociales limitadas serán de mayor utilidad en un contexto familiar, involucrando los entornos cercanos más del individuo y entornos escolares para poder extrapolar los cambios que se presenten (Datyner et al., 2015) (Pilling et al., 2013). La relevancia de las terapias multimodales, es decir, de aquellas a nivel familiar y de padres en combinación con las terapias individuales se probó en la intervención breve. Se ofrecieron terapias individuales para los niños y los padres, terapias en grupos de niños, padres y padre-hijo. Se agregó la intervención por parte de la escuela a través del programa para promover un pensamiento alternativo. En resultado, el niño mostrará conductas de apegarse a lo moral y a los valores, promover el desarrollo de empatía y consciencia (Pasalich et al., 2016).

Existe evidencia, a través de las revisiones sistemáticas como la desarrollada por Wilkinson, que solamente una intervención dirigida a padres, como el entrenamiento para padres, no provocará mejoría en casos de graves problemas conductuales, a diferencia a lo que se evidencia si la terapia se administra tanto a los padres como al hijo (Bansal et al., 2018).

### **Habilidades prosociales.**

El comportamiento prosocial puede entenderse como una parte de las competencias sociales, ya que influirá desde tempranas edades en como el ser humano percibirá, se desenvolverá y se relacionará con el mismo y los demás seres humanos (Lacunza, 2012), puesto que se guiará por tratar de causar felicidad o satisfacción en los demás, y por dirigirse hacia la moral (Gross, Stern, Brett y Cassidy, 2017) (Chernyak y Kushnir, 2018). Este

proceder se puede expresar a través de la empatía, la ayuda, el apoyo, la generosidad, la complacencia, la responsabilidad y el respeto (Redondo, Ingles y García, 2014).

Las conductas prosociales son un concepto que ha tomado diversas definiciones dependiendo de los diferentes autores e investigadores; Eisenberg, Fabes y Spinrad en el 2006, las definieron como conductas con el objetivo de beneficiar a otros, basadas en la empatía y no por influencia directa de terceros (Hernández, Espalda y Guillén, 2016); Omar, 2009, las define como conductas “que propician la solidaridad y la armonía en las relaciones interpersonales, que producen beneficios personales o colectivos. Son prosociales porque sin buscar una recompensa externa, favorecen a otras personas o grupos y aumentan la probabilidad de generar reciprocidad positiva en las relaciones sociales consiguientes” (Lacunza, 2012).

Al mismo tiempo, Garaigordobil y Fagoaga en el 2016, las describen como “toda conducta social positiva con/sin motivación altruista”, entendiéndose a la característica como una acción sin efecto negativo y altruismo como el accionar en beneficio del otro sin pensar en la ganancia propia (Vásquez, 2017). En fin, las conductas sociales son un proceder caracterizado por ser deliberado y con el propósito de ser beneficioso para los demás; sin requerirse un beneficio propio a causa de él; según Myers (2005), será “una conducta positiva, constructiva y provechosa, contraria al comportamiento antisocial” (Lemos, Hendrie y Oros, 2015).

El comportamiento prosocial se comprenderá como un comportamiento complejo en el que intervienen cuatro elementos para concretar un accionar pensado en favor de los demás: actitud prosocial, motivación prosocial, emoción prosocial y acción prosocial. La actitud prosocial es definida como el valor de vida dirigida hacia actuar en beneficio de los demás; la motivación prosocial, es la razón hacia un acción prosocial; la emoción prosocial,

la empatía y compasión (Betancourt y Lodoño, 2016); y acción prosocial, es el comportamiento explícito que puede manifestarse a través de las conductas voluntarias de “dar, ayudar, alentar, dar consuelo, cooperar, ser solidario, comprender, ponerse en el lugar del otro” (Betancourt y Lodoño, 2016), condolencia, preocuparse, compartir y dar protección, rescate y generosidad (Lacunza, 2012) (Lemos et al., 2015), estos componentes están interrelacionados (Betancourt y Lodoño, 2016).

Las conductas sociales que tienen una dirección positiva tienen impacto en las diferentes áreas de la vida del individuo. Se puede destacar la influencia positiva sobre el desempeño académico a través del éxito académico, mayor motivación a estudiar, incremento en la sensación de competencia, mayor concentración y mejor manejo del tiempo (Xiao et al., 2018) (Hernández et al., 2016) (Andrade, Browne y Tannock, 2014). Este rendimiento puede explicarse debido a que los estudiantes prosociales se caracterizarán por tener una mayor responsabilidad con sus acciones, tanto aquellas que conlleven fracasos como éxitos, atribuyendo a su falta de esfuerzo; más no a sus propias capacidades, como si lo hacen las personas no prosociales. Este proceder les permite percibirse a ellos mismos con más control de sus propias acciones y aprendizaje, y tener un pensamiento más positivo de ellos mismo (Redondo et al., 2014).

Se puede evidenciar que este comportamiento también tiene influencia en el aspecto personal y social al construirse un mejor autoconcepto, sentir mayor empatía, mejora y facilita las relaciones sociales, buscar apoyo en casos de necesidad, responsabilidad personal y social. Estas atribuciones pueden tener impacto en la reducción de conductas agresivas e impulsivas, por ejemplo se suele asociar con un menor consumo de sustancias, a causa de una mejoría en relaciones sociales (Hernández et al., 2016) (Lacunza, 2012) (Andrade et al., 2014) (Hernández et al., 2016). Esta mejoría en las destrezas y relaciones sociales se debe a

que las habilidades prosociales perciben “el otro”, es decir, “es estar con los demás”; en cambio en las conductas antisociales se excluye, es “estar en contra de los demás” (Lacunza, 2012).

Existen muchos más estudios de los beneficios de estos comportamientos que de las causas de que se manifiesten; a pesar de ello, se defiende que intervienen varios factores como son la genética, personalidad, las habilidades sociales cognitivas, el entorno, especialmente el estilo parental (Knafo, Vertsberger y Israel, 2018) (Hernández et al., 2016).

El último factor tiene un importante apoyo científico que respalda su influencia en la expresión de prosocialidad, si en la interacción padre-hijo predomina el afecto, el apoyo, la educación y las relaciones, promoviendo interacciones futuras empáticas, compasivas y prosociales, que se aprendió, con el mundo extra familiar (Xiao et al., 2018) (Hernández et al., 2016). Esto se debe a que el niño desde su infancia aprendió como era el cuidado de su padre y madre hacia los demás y esto el niño replicará (Diann, 2018). Esta influencia puede entenderse a través de la teoría planteada por Bowlby del apego que defiende que a través de un apego seguro el niño o niña aprenderá la manera socialmente correcta para socializar, adquirirá una mejor regulación emocional y mayor confianza en el entorno (Gross et al., 2017).

Existe la convicción que respalda lo anteriormente señalado, ya que hay evidencia y teorías, como la cognitiva social, que prueban que el comportamiento prosocial es resultado del aprendizaje, por observación, imitación, modelado y verbal (Akelaitis y Lisinskiene, 2018). Gülseven, Carlo, Streit, Kumru, Selçuk, Sayıl comprobaron estas afirmaciones a través de un estudio del comportamiento de los infantes en presencia de conflictos familiares, lo que mostró menos manifestación de conductas prosociales y más conductas agresivas (2017) (Gross et al., 2017).

Por otro lado en conflictos con el niño o niña, el castigo no será la mejor opción para promover la expresión de habilidades prosociales, por lo anteriormente mencionado y adicionalmente a que el niño aprenderá la acción pensando en las consecuencias que recaerán sobre él y no en aquellas que afecten a los demás, lo que disminuirá sus habilidades prosociales; esto fue demostrado en experimentos hechos por Regev, Gueron y Atzaba (2012) en niños de preescolar, y Ohene, Ireland, McNeely y Borowsky (2006) lo comprobaron en adolescentes (Piché, Huỳnh, Clément y Durrant, 2016).

Se han identificado elementos que pueden contribuir a la expresión de conductas prosociales; siendo estas la empatía, definida como la comprensión sin crítica y responder efectivamente a las experiencias internas de otros o el sentimiento de lo que las otras personas sienten o algo muy similar (Xiao et al., 2018) (Vásquez, 2017); el juicio moral; y las emociones positivas. Evidencia de lo anterior se puede reflejar en el estudio realizado por Garaigordobil y García, en el año 2006, puesto que se mostró que había un mayor registro de conductas prosociales y conductas asertivas en casos de mayor índice de empatía, se registró menos conductas antisociales. Por otro lado, en casos de emocionalidad fluctuante, agresividad e impulsividad se relacionaron con conductas antisociales y lo que es inversamente relacional con las conductas empáticas (Arias, 2015).

Otros elementos de crucial importancia en el desarrollo de habilidades prosociales son la capacidad de reflexionar y elegir, es decir poder visualizar las consecuencias de sus propias acciones sobre ellos mismos y los demás que influirá en su sensación de responsabilidad (Chernyak y Kushnir, 2018). Adicionalmente este sentimiento de responsabilidad con un accionar prosocial se ve incrementado en casos donde no existe un tipo de recompensa material y se actuará motivado por su moral y pensamiento autónomo, esta idea es defendida

por Cialdini, Eisenberg, Shell y McCreath (1987) (Chernyak y Kushnir, 2018) (Tian, Zhang y Huebner, 2018).

Se han identificado diferentes maneras en como promover el desarrollo de habilidades prosociales, en el caso de que el nivel de estas conductas sea deficiente, una de estas intervenciones son terapias basadas en mindfulness en niños preescolares (Flook, Goldberg, Pinger y Davidson, 2015) (Viglas y Perlman, 2018), al desarrollar autoregulación; lo que se comprobó en un estudio realizado por Viglas y Perlman en el 2018, aplicado a niños de 3 a 6 años de edad (2018). Otro mecanismo con el que se ha experimentado es el deporte, sustentándose que este ambiente a través de las nuevas y crecientes relaciones sociales y amistades permitirá que las conductas prosociales, altruismo y empatía prosperen en los participantes de estas actividades (Akelaitis y Lisinskiene, 2018). La intervención de los padres en los diferentes mecanismos de intervención para desarrollar habilidades prosociales es de gran utilidad (Piché, Huÿnh, Clément y Durrant, 2016)

En Tanzania, se administró un programa dirigido a estudiantes, con el objetivo de desarrollar habilidades prosociales y reducir el estrés ambiental, el cual se denomina ERSAE-Stress-Prosocia. Las técnicas utilizadas son de terapias de principios cognitivo-conductual y de aprendizaje social-emocional, se enseñó empatía y autocompasión. Las intervenciones tuvieron una parte práctica. Esta intervención fue conducida por profesores y aplicada en niños de primaria. El experimento fue eficiente al cumplir los objetivos planteados e incluso tuvo un efecto a largo plazo (Beger, Benatow, Cuadros, VanNattan y Gelkopf, 2018).

En base a lo mencionado anteriormente, las habilidades prosociales son de interés social, es por ello que debe ser de preocupación su desarrollo desde tempranas edades. Ortuño, Fonseca, Sastre y Muñiz analizaron que “los adolescentes con menos dificultades psicológicas eran los que tenían más habilidades prosociales” (2017), proponiendo que estas

habilidades pueden ser factores de protección; además que la búsqueda y diagnóstico de problemas psicológicos debe tomar en consideración la presencia o déficit de estos elementos sociales (Ortuño et al., 2017). Por último, se debe reflexionar que las habilidades prosociales son influenciadas por el entorno y la cultura (Chernyak y Kushnir, 2018).

### **Rehabilitación Neuropsicológica.**

El inicio de esta rama de la ciencia se puede localizar en la época en la que tuvieron lugar grandes guerras; la razón de ello es que tales enfrentamientos trajeron consigo lesiones, algunas de ellas a nivel cerebral, y con ello repercusiones a nivel fisiológico, psicológico y conductual (Suárez, Quiroz, Monachello y De Los Reyes, 2016) (Sañay y Villacres, 2014). Para contrarrestarlos se requería de la participación de profesionales en un intento de aplacar o de eliminar las afectaciones, los soldados eran atendidos inicialmente por sus necesidades físicas e inmediatamente eran transferidos a centros para su tratamiento psicológico individualizado, para poder evaluar y tratar de aplacar sus molestias psicológicas (Suárez et al., 2016).

Evidencia de estos hechos son el incremento de centros de rehabilitación para daño cerebral adquirido, los cuales trataban de mejorar las habilidades de lenguaje por medio de mecanismos compensatorios. Estos escenarios despertaron curiosidad y deseo de entender la relación entre el cerebro y el comportamiento, por lo que muchos investigadores pusieron su esfuerzo en este campo (Christensen, 2011) (Suárez et al., 2016).

Uno de los primeros científicos fue Goldstein, quien llegó a dar una explicación sobre el rol que cumple el cerebro en el comportamiento. Basándose en observaciones y registros de guerra, que propone que la mejor intervención en casos de disfunción o discapacidad es el tratamiento inmediato, luego del diagnóstico y de la evaluación integral. Además considera a

la retroalimentación sobre el desempeño del paciente como un elemento vital en el tratamiento (Christensen, 2011).

Otros personajes influyentes en el nacimiento de la rehabilitación neuropsicológica fueron Alexander Luria junto con Vygotsky y Leontief. Estos estudiosos llegaron a la conclusión de que los procesos conductuales no se distribuyen específicamente en una u otra área del cerebro, sino que estas estructuras colaboran conjuntas de manera sinérgica para constituir cada una de las funciones (Sañay y Villacres, 2014). Una de las afirmaciones más destacadas y contradictorias de Luria es la incapacidad del cerebro a regenerarse y por tanto las lesiones cerebrales son un daño irreparable (Christensen, 2011). Adicionalmente al repasar los inicios de la rehabilitación neuropsicológica es relevante reconocer a Poppelreutte, “quien defendió el estilo multidisciplinario como parte del proceso de rehabilitación” (Sañay y Villacres, 2014).

Luria propone dos maneras en cómo se puede trabajar para el mejoramiento en casos de lesiones. Una de ellas es la de redistribución u organización de las funciones en otras áreas, no afectadas; y por otro lado el “desbloqueo”, mecanismo que trata de recuperar la organización y funcionamiento original del cerebro, para lo cual se utiliza fármacos y terapias (Christensen, 2011). Posteriormente, Luria propuso técnicas de rehabilitación en las habilidades de planificación motora, percepción visual y funciones ejecutivas. Oliver Zangwill será quien formule otro estilo de intervención, llamado el reentrenamiento de la función deteriorada, a la restauración de las funciones perdidas en las mismas estructuras afectadas (Suárez et al., 2016).

La rehabilitación neuropsicológica se ha convertido en un integrador de las diversas investigaciones en neurociencia, empleándolas hacia la práctica y el beneficio del ser humano (Solís y Quijano, 2014) (Sañay y Villacres, 2014). En los últimos años se ha visualizado la

influencia que este tipo de terapia ha empezado a ganar, en consecuencia ha aumentado su demanda y su aplicación en diferentes trastornos o enfermedades. Este hecho obliga a que se intensifique la investigación, aumenten y se mejoren las herramientas utilizadas (Solis y Quijano, 2014). Se ha empezado a integrar las nuevas tecnologías para poder contrarrestar aquellas limitaciones de la rehabilitación neuropsicológica, esperando poder obtener resultados favorables en las diferentes aplicaciones que se les dé (Suárez et al., 2016).

En la actualidad no existe una metodología específica que determine el proceso de intervención (Solis y Quijano, 2014); sin embargo, la herramienta de rehabilitación neuropsicológica se basará en los modelos que se enfocan en la mejora de las deficiencias conductuales, cognitivas y emocionales (Guerrero y García, 2015). Muchos de los experimentos e intervenciones han logrado mostrar ser efectivos y favorables al lograr mejorar la calidad de vida a las personas (Solis y Quijano, 2014).

Este tipo de intervención es una rama de la neuropsicología aplicada, definida como un tratamiento en el que actuarán de manera sinérgica diversas herramientas para mejorar la efectividad de procesos cognitivos deficientes o disminuir el impacto de esta situación en quien lo padece. Lo que permite lograr una mayor adaptabilidad por parte de la persona a su entorno laboral, académica, social o familiar, es decir, se alcanzará una mejor calidad de vida a través de la funcionalidad y la independencia (Carvajal y Pelaez, 2013) (Cortés y Crespo, 2013) (Suárez et al., 2016) (Sañay y Villacres, 2014). Esta clase de intervención además de remediar las funciones cognitivas o disminuir el impacto, se enfocará en aspectos conductuales, emocionales y sociales del paciente (Suárez et al., 2016) (García, 2016) (Mäntynen, Rosti y Hämäläinen, 2014) (Cortés y Crespo, 2013).

Por las razones antes mencionadas, actualmente este tipo de terapia se puede considerar como una técnica de intervención de las discapacidades o alteraciones a nivel

cognitivo, emocional, conductual o interpersonal (Kanchan, et al., 2018) (Tapia, 2017) (Nehra, Bajpai, Sinha y Khandelwal, 2014), para mejorar su desenvolvimiento especialmente en sus entornos psicológicos, sociales y actividades diarias (Tapia, 2017). El objetivo principal de la rehabilitación neuropsicológica es la de disminuir los déficit y su impacto, y al mismo tiempo tratará de integrar de manera funcional esta discapacidad a la vida de la persona (Hämäläinen y Rosti, 2014) (Sañay y Villacres, 2014).

Las principales técnicas empleadas se centran en cuatro áreas; rehabilitación a nivel de funciones cognitivas, modificación del comportamiento, intervención familiar y readecuación vocacional o profesional (Tapia, 2017). Estas medidas se aplicaran con la aspiración de producir alguna variación a nivel cerebral, al influir en las relaciones cerebro-conducta que afecten a la conducta (Tapia, 2017) (Portellano, Ramírez y Fares, 2015). En base a la complejidad de esta intervención se requerirá del conocimiento anatómico y fisiológico del cerebro, de sus funciones mentales, cognición y emociones. Los principales conceptos en los que se estudia y trabaja son plasticidad, neurogénesis, modelos neurales de aprendizaje y memoria (Guerrero y García, 2015). Se debe poner especial atención en que cada una de las herramientas que se utilicen, deben probar científicamente su utilidad (Guerrero y García, 2015) (Cortés y Crespo, 2013) (Sañay y Villacres, 2014).

La rehabilitación neuropsicológica es una intervención que se fundamenta en una previa evaluación de los síntomas neuropsicológicos presentados por la persona (Carvajal y Pelaez, 2013) (Christensen, 2011) (Ramos, 2018), lo que permite construir un plan de tratamiento personalizado a las necesidades cognitivas, psicológicas, sociales o de desarrollo. Las herramientas y materiales utilizados deben acoplarse al paciente; a nivel cognitivo, de desarrollo, tomando en cuenta las discapacidades presentes y futuras. Se recomienda que se aplique un aprendizaje secuenciado (Guerrero y García, 2015) (Nehra, Bajpai, Sinha y

Khandelwal, 2014) (Cortés y Crespo, 2013). El tratamiento debe ser validado por un especialista y guiado por un terapeuta o un cuidador especializado (Guerrero y García, 2015).

Es importante considerar que las técnicas tengan un impacto a nivel de la vida cotidiana, para poder obtener validez a nivel ecológico (Carvajal y Pelaez, 2013), permitiendo que las mejoras se extiendan a la vida cotidiana y a los demás entornos. Por otro lado, se debe priorizar el valor significativo, motivacional de las actividades y la mejora en la integración a la sociedad (Holleman, Vink, Nijland y Schmand, 2016) (Guerrero, García, 2015). La mayoría de experimentos y administraciones que se han realizado en casos de lesiones cerebrales y accidente cerebro vascular corroboran mejores resultados en casos de emplear actividades de la vida diaria o que sean útiles en la misma (Mäntynen et al., 2014) (Portellano et al., 2015).

Este tipo de tratamientos requerirán de un estilo multidisciplinario, para ofrecer al paciente los beneficios totales (Tapia, 2017) (Serrano, Prieto y Yañez, 2018) (Holleman et al., 2016) (Portellano et al., 2015), permitiendo la participación de diversos profesionales (“médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, profesores de educación especial, trabajadores sociales, psicólogos” (Serrano et al., 2018) (Cortés y Crespo, 2013) e incluso familiares o la escuela (Cortés y Crespo, 2013); con el propósito de cubrir todos los aspectos en los que se requiera apoyo (Serrano et al., 2018). En los últimos años se ha tratado de integrar esta característica y extrapolarla a intervenciones familiares o con los cuidadores (Suárez et al., 2016), especialmente a través de psicoeducación, apoyo (Cortés y Crespo, 2013) (Portellano et al., 2015), concientización y reforzamiento en casa o en la escuela de aquello trabajado durante las sesiones de terapia, por ejemplo ejercicios de estimulación cognitiva y regulación de la conducta (Ramos, 2018).

Un intento por extrapolar los beneficios es la administración de terapia en lugares residenciales, se han probado en pacientes psicóticos. Las herramientas utilizadas prometían mejorar las funciones cognitivas como la atención, memoria, lenguaje, lógica y razonamiento (Vaccaro, Cusmai, Catania, Zoppellaro y Manfrin, 2016). La respuesta favorable a esta modalidad de tratamiento se puede deber a que por un lado hay un cambio global en la dinámica de la familia enfocándose en el decrecimiento del estrés en el entorno, en el incremento de la supervisión y mejora de las relaciones interpersonales (Fares, 2016) (Vaccaro, Cusmai, Catania, Zoppellaro y Manfrin, 2016).

La intervención idealmente debe aplicarse desde el momento que se da la alteración o la discapacidad, lo que asegurará una mejor recuperación. Sin embargo, en intervenciones tardías también se evidencian progresos, aunque en menor escala (Suárez et al., 2016) (Cortés y Crespo, 2013).

La terapia de rehabilitación neuropsicológica tiene como base a tres conceptos: plasticidad, compensación estructural y funcional del cerebro. La elección de estas variables se debe a las características innatas del cerebro a habituarse, regenerarse y redistribuirse, moldeándose a las demandas del ambiente y de la supervivencia, lo que puede derivarse en cambios a nivel de la anatomía y funcionalidad del cerebro (Tapia, 2017) (Carvajal y Pelaez, 2013) (Aguilar y Caycho, 2016) (Portellano et al., 2015).

Por otra parte, los tres principios que rigen este tratamiento son restauración, compensación y sustitución (Tapia, 2017) (Suárez et al., 2016) (Sañay y Villacres, 2014). El primero de ellos, denominado restitución o restauración emplea la técnica de estimulación o repetición de una conducta (Sañay y Villacres, 2014); compensación, mecanismo que consiste en la utilización de funciones cognitivas no alteradas, para sustituir a las alteradas; por último, sustitución que aplica herramientas externas para facilitar realizar una tarea, es

decir como sustitutos de la cognición (Guerrero y García, 2015) (Heutink, Indorf y Coder, 2018). La rehabilitación neuropsicológica también maneja técnicas de activación por medio de estímulos de áreas que han reducido su funcionalidad a través de fármacos o neurofeedback; asimismo técnicas de integración, entrenamiento en áreas de valor funcional como el entrenamiento en oficios (Suárez et al., 2016).

La rehabilitación neuropsicológica, a través de las terapias y la alianza terapéutica, ha probado traer muchos beneficios como el mantenimiento de funciones cognitivas, funciones ejecutivas; y disminución de síntomas depresivos (Rosti, Mäntynen, Koiivisto, Huhtala y Hämäläinen, 2014) (Lemos et al., 2016), a través de las técnicas que se ha decidido emplear como mecanismos que busquen un aprendizaje de mecanismos compensadores, de reconocimiento de las debilidades, de sus fortalezas y del autocontrol (Mäntynen et al., 2014).

Actualmente, dos de los programas de rehabilitación neuropsicológica que se aplican son la terapia de reminiscencia cognitiva y la rehabilitación integral. El primero de estos programas tiene como finalidad crear, fortalecer conexiones neuronales, y por consecuencia mejorar el comportamiento y desempeño, al abandonar los procesos cognitivos maladaptativos (Hale, 2015). El segundo programa, el de rehabilitación neuropsicológica integral es una herramienta en la que se utilizan diferentes funciones cognitivas (atención, funciones ejecutivas y memoria), se enfoca en la interacción e interrelación funcional y anatómica (Guerrero y García, 2015).

Como se mencionó anteriormente, esta herramienta que ha mostrado resultados eficientes en el tratamiento de algunas patologías sobre las que se ha administrado, mejorando ciertas características incapacitantes y optimizando la calidad de vida y funcionalidad de la persona. Se ha aplicado tanto en patologías adquiridas y también de

neurodesarrollo, en ambos casos se evidencio resultados favorables en funciones estimuladas como otras no estimuladas (Tapia, 2017). A pesar de los avances mostrados, es un procedimiento que está en investigación y desarrollo, por lo que aun se requiere de más estudio para llegar a estructurar una intervención que pueda brindar los mayores beneficios a quien se exponga a él (Pértines y Linares, 2013).

Algunas patologías que han expresado buenos resultados son casos de daño a nivel cerebral de Parkinson (Vlagsma et al., 2016), daño cerebral por trauma (Kanchan et al., 2018) (Smeets, Vink, Ponds, Winkens y van Heugten, 2017), síndrome de Prader-Willi, trastorno del espectro autista (Tapia, 2017), esclerosis múltiple, ataques cerebro-vasculares (Hämäläinen y Rosti, 2014), anorexia nerviosa (Guàrdia et al., 2015), discapacidad cognitiva no demencial (Lemos et al., 2016).

Específicamente, en el caso de déficit de atención, los resultados tras la administración de un tratamiento paralelo, terapia de rehabilitación neuropsicológica más tratamiento farmacológico, fueron mejoras en el sostenimiento de la atención, en la ejecución de actividades, en la autorregulación del comportamiento (Pérez, Molina y Gomez, 2016). Por otro lado, en el caso del síndrome de Prader-Willi, luego del tratamiento hubo disminución de las conductas problemáticas con mantenimiento en el tiempo (Tapia, 2017).

La rehabilitación ha integrado herramientas tecnológicas, con la finalidad de mejorar la estimulación cognitiva. Esta nueva técnica se ha probado en casos de demencias, esquizofrenia, parálisis cerebral, retraso mental, traumatismo craneoencefálico, Alzheimer, ictus, envejecimiento natural o de personas sanas que desean mejorar su desempeño (Guerrero y García, 2015).

### **Rehabilitación neuropsicológica en funciones ejecutivas.**

Las funciones ejecutivas, son funciones cognitivas necesarias para el ser humano y su desenvolvimiento en la vida diaria; constituyen funciones como planificación, toma de decisiones, identificación y resolución de problemas y conflictos. Las personas que tienen dificultades a nivel cognitivo responden de manera inadaptativa e impulsiva al entorno, ignora información relevante, son inconscientes de los errores que cometen e ineficaces para predecir las consecuencias de sus actos (Tirapu, García, Ríos y Pelegrín, 2011).

La rehabilitación tiene como objetivo mejorar el funcionamiento de las funciones ejecutivas deficientes y conseguir regular la conducta, aumentar la autonomía, metacognición, en general calidad de vida (Carvajal y Pelaez, 2013). Se aplican tres tipos de intervenciones; modificación del entorno, se modifica el entorno físico y social en base a las capacidades del individuo; técnicas de restauración, mejorar las funciones ejecutivas a través de la práctica y repetición; y estrategias compensatorias, aprendizaje de estrategias para completar las actividades de manera satisfactoria (Tirapu et al., 2011).

Algunos programas que se han estructurado en base a este enfoque son Gola Management Training, programa de resolución de problemas, autoinstrucción, discernimiento de información y metacognición (Tirapu et al, 2011).

Gola Management Training es un programa que propone la siguiente metodología: observar la actividad, tomar consciencia, orientarla, dar un objetivo, comparar la situación presente, practicar y supervisar el resultado (Cortés y Crespo, 2013). El programa de resolución de problemas en cambio propone el siguiente proceso, se empieza con el paso de identificar un problema y limitar las respuestas impulsivas frente a este, para lo cual da un tiempo para pensar en la respuesta más adecuada. Estos programas trabajan en las funciones

de orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y verificación (Tirapu et al, 2011).

Este tipo de intervención de rehabilitación de funciones ejecutivas ha mostrado resultados científicamente representativos en poblaciones de niños maltratados. Se evidenciaron mejoras en “memoria de trabajo, inteligencia y capacidad de adaptación” (Fares, 2016), control inhibitorio, regulación en el comportamiento, emocionalidad e impulsividad (Fares, 2016) (Portellano et al., 2015).

### **Rehabilitación neuropsicológica de modificación de lo conductual.**

Este tipo de intervención se aplicará en casos de evidenciar conductas poco adaptativas o que se encuentren fuera de las normas y reglas sociales. Este proceder afectará en la funcionalidad, adaptación e integración de quien manifiesta estas conductas. La rehabilitación neuropsicológica de modificación conductual se enfoca en ingresar conductas adaptativas y aceptadas por el entorno y eliminar o disminuir las mal adaptativas (Enseñat y Picó, 2011) (Carvajal y Pelaez, 2013).

Algunas técnicas de condicionamiento clásico, operante y aprendizaje vicario utilizadas son: modelamiento, encadenamiento e instrucciones verbales (implementar una conducta), economía de fichas, reforzamiento, contrato de contingencias, (incrementar una conducta), suprimir reforzador, ignorarla, tiempo fuera, retirada de privilegios o castigo (disminuir una conducta) (Enseñat y Picó, 2011) (García, 2016). Es recomendable aplicar de manera simultánea técnicas que influyan en la conducta y cognición para desarrollar autorregulación eficaz (Enseñat y Picó, 2011).

### **Rehabilitación Neuropsicológica en habilidades prosociales.**

Los pacientes con daños o lesiones a nivel cerebral también presentan alteraciones a nivel socio-cognitivo, dando como resultado problemas de conducta que afectan a los

entornos con los que interactúa (Njomboro, 2017). Frente a ello se han empleado ciertas técnicas de cambio y refuerzo de comportamiento socio-interactivo que han dado buenos resultados, una de ellas es el contacto directo durante las conversaciones, lo que permite mejorar en la habilidad de identificar las emociones. En pacientes con dificultades en reconocimiento de emociones se ha utilizado la técnica de emparejamiento, para que identifiquen la emoción en imágenes; lo que ha mostrado progresos luego del entrenamiento, mostrado ser efectivo (Njomboro, 2017).

Un programa con este enfoque es el proceso llamado interpersonal en la que se expone a relaciones interpersonales y luego se da retroalimentación sobre la actuación en esta escena (Njomboro, 2017). En casos de TDHA con predominio impulsivo, se emplearon programas basados en la regulación para que pueda seleccionar, planificar, dirigir, verificar y corregir en base a las normas sociales, las mismas que se hicieron interiorizar, para que el control venga desde el mismo (Solis y Quijano, 2014).

Los resultados obtenidos han motivado a la idea de aplicar estas técnicas en casos de trastorno antisocial de la personalidad (Alvis, Arana y Restrepo, 2014). El razonamiento se basa en la existencia de evidencia de daño o alteraciones a nivel cerebral que podría afectar al normal funcionamiento de las funciones ejecutivas, de la memoria y de la empatía; lo que provoca algunos de los síntomas más característicos en este trastorno como la impulsividad, poca empatía, poco remordimiento y culpabilidad, violación de los derechos y normas (Ramos, 2018) (Alvis et al., 2014).

El programa que se debería administrar, según la propuesta de Sholberg y Mateer, se fundamenta en un cambio o modificación a nivel cognitivo y a nivel de conducta, también hace hincapié en la restauración y compensación de las funciones por medios externos, en establecer un medio adecuado, mejorar la atención y las funciones ejecutivas, la cognición

social, junto con la empatía. El objetivo es el control y flexibilidad del comportamiento, la planeación y autoregulación (Alvis et al., 2014) (Ramos, 2018).

La rehabilitación neuropsicológica podría suponer un mecanismo favorable para la mejora en habilidades pro-sociales, puesto que tiene como objetivo mejorar su integración a la sociedad debido a que ayuda a mejorar la regulación de los procesos cognitivos y emocionales y ya ha demostrado mejoría en las dificultades a nivel psicosocial (Holleman et al., 2016).

### **Rehabilitación neuropsicológica en trastorno de conducta con emociones prosociales limitadas.**

Como se mencionó antes, el trastorno de conducta con emociones prosociales limitadas es una de las clasificaciones de la psicopatología de trastorno de conducta, es decir, que adicional a la tendencia hacia acciones comportamentales antisociales son significativos los déficits en aspectos en la percepción y expresión de culpabilidad; empatía, especialmente al no identificar la ansiedad en los demás; y emociones prosociales, como por ejemplo el desinterés por el comportamiento o por las consecuencias negativas (Puzzo et al, 2018) (Griffiths y Hart, 2016) (Blair et al., 2014).

Las causas de las deficiencias no se han clarificado; sin embargo, se ha propuesto e identificado la existencia de alteraciones a nivel cerebral que podrían promover a la expresión de estos síntomas. Una de estas se localizará en la amígdala existiendo una disminución de su activación basal frente a estímulos negativos y falta de regulación emocional (Puzzo et al., 2018) y emocionales (Fanti, 2018) (Klapwijk et al. 2015).

También se ha identificado alteraciones en el giro temporal superior (Calzada et al., 2017), en el lóbulo parietal inferior, en la corteza orbitofrontal corteza frontal y en la ínsula (Klapwijk et al., 2015); las cuales podrían llegar a justificar las deficiencias con relación a

regulación emocional, toma de decisiones, memoria de trabajo, resolución de problemas, percepción, atención, empatía, razonamiento moral, percepción de emociones y recompensa, y habilidades prosociales limitadas (Fairchild et al., 2015) (Calzada et al., 2017) (Araujo et al., 2013) (Tirapu et al., 2011).

Otras funciones ejecutivas que se presume que se encuentran alteradas son la capacidad de planificación, de extrapolación, identificación y utilización de retroalimentación, lo que afectará de manera negativa otras funciones como la “flexibilidad mental y aprendizaje inverso” (Broche y Cortés, 2015). Al verse afectadas estas funciones cognitivas se verá una afectación en las demás funciones en general y también en el comportamiento del individuo (Araujo et al., 2013). Un estudio realizado en Ambato-Ecuador en el 2015, corroborará estas conclusiones, al afirmar que “las funciones ejecutivas, es decir, procesos cognitivos que permiten el correcto desenvolvimiento social y ético, el mantenimiento adecuado de una conducta, coherente y orientado hacia una meta particular y la flexibilidad cognitiva, se relaciona directamente con el comportamiento disocial” (Maya, 2015), las funciones con mayor impacto son planificación y organización, flexibilidad en la respuesta, autoregulación, memoria de trabajo (Maya, 2015).

Estas anomalías al alterar las funciones ejecutivas disminuyen la competitividad del ser humano en los diversos entornos en los que se desenvuelve (Tirapu et al., 2011) (Araujo et al., 2013). Sin embargo, las deficiencias en habilidades prosociales, en funciones ejecutivas y las alteraciones a nivel estructural se han comprobado poder ser minimizadas a través de diversas intervenciones. Este hecho es favorable en un tratamiento para trastorno de conducta con habilidades prosociales limitadas al existir evidencia y esperanza de una mejoría tras la recuperación de las funciones (Maya, 2015), lo que se puede probar con lo que Fanti declaró,

las funciones ejecutivas y niveles reducidos en impulsividad serán factores de protección de rasgos de emociones prosociales y de comportamientos antisociales (Kyranides et al., 2018).

Estas terapias deberán enfocarse en mejorar las funciones ejecutivas, en el reconocimiento de emociones y lenguaje corporal y promoción de productivas relaciones sociales (Pisano et al., 2017). Un ejemplo de ello es el programa construido por Kyranides, Fanti, Katsimicha y Georgion que tenía el objetivo de disminuir los puntajes en rasgos de emociones prosociales limitadas en niños con riesgo de desarrollarlos, la intervención fue eficiente. Este tratamiento se fundamentó en estimular la consciencia emocional hacia uno mismo y hacia la atención de las emociones de terceros, la autoregulación, el autoconcepto, habilidades interpersonales y funciones ejecutivas (resolución de problemas) (Kyranides et al., 2018) (Hawes et al., 2014). Por otro lado, en una intervención a cargo de Pasalich, Witkiewitz, McMahon y Pinderhughes a través de la administración del entrenamiento de pensamiento alternativo y una crianza cálida, propuso promover las habilidades prosociales en niños y niñas, lo cual dio resultados significativos y positivos al intervenir en edades tempranas (Puzzo et al., 2018).

La regulación emocional es una de las mayores deficiencias en el caso del trastorno de conducta, describiéndose como la habilidad de poder controlar la propia conducta y manejar las emociones acoplándose a las normas sociales y culturales, a pesar de las condiciones a nivel emocional o física (Pijper et al., 2018). Una de las destrezas requeridas, para llegar a adquirir esta cualidad, es la atención ejecutiva, la cual se define como la capacidad de autocontrol inhibitorio en el que se enfoca la atención de manera consciente hacia estímulos placenteros o no amenazantes, lo que ocasionará una mejor respuesta frente a la ansiedad, además de reducir la manifestación de emociones prosociales limitadas y comportamientos irreverentes (Pijper et al., 2018) (Kyranides et al., 2018). Otras técnicas

utilizadas son mindfulness o el deporte (Flook et al., 2015) (Viglas y Perlman, 2018), puesto que permiten la adquisición de autoregulación (Viglas y Perlman, 2018).

Otras intervenciones implementadas para el mejoramiento de las habilidades y emociones prosociales tienen un enfoque conductual, basándose en técnicas como el aprendizaje vicario, modelado o por medio de auto-instrucciones o instrucciones verbales que promueva la manifestación de acciones con tendencia a lo social y prosocial (Akelaitis Lisinskiene, 2018) (Maya, 2015). En los programas de entrenamiento también se requiere del aspecto emocional que estimule el desarrollo de empatía, expresión emocional, relaciones sociales e inteligencia emocional (Datyner et al., 2015) (Pisano et al., 2017).

Los tratamientos en el caso de esta patología requerirán que exista cierta personificación a las necesidades y dificultades particulares y es por ello que es indispensable las terapias a nivel personal como a nivel grupal, puesto que las relaciones interpersonales en todos los campos son una relevante deficiencia de este grupo poblacional (Houghton et al., 2017).

Las intervenciones además de enfocarse en las áreas requeridas deben aplicarse en los entornos que afectan con la finalidad de impactar en ellos y poder visualizar un cambio a nivel global (Kyranides et al., 2018), por lo que será necesario de la participación de todos quienes tengan cierto impacto en el comportamiento del paciente, es decir, sus padres, familia y maestros (Blair et al., 2014) (Muratori et al., 2017) (Datyner et al., 2015). Esta participación deberá percibirse desde la evaluación, para poder determinar un diagnóstico preciso de las afectaciones y necesidades de cada uno de los involucrados en el trastorno como en el tratamiento (Gao y Zhang, 2016).

En sus inicios, la rehabilitación neuropsicológica se fundamentaba en compensar o recuperar aquellas funciones que fueron alteradas a causa de algún daño a nivel cerebral,

especialmente “funciones ejecutivas y pensamiento, memoria, lenguaje, atención, percepción, motricidad y conducta emocional” (Sañay y Villacres, 2014). Actualmente, es un programa de intervención que busca promover las funciones psicológicas, sociales y conductuales de las personas con la meta de mejorar su desenvolvimiento en la sociedad (Guerrero y García, 2015) (Suárez et al., 2016) (García, 2016) (Mäntynen, Rosti y Hämäläine, 2014) (Alvis et al., 2014). Algunas de las funciones en las que se trabaja en este tratamiento son la orientación, la atención, la memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas (Sañay y Villacres, 2014).

Este tipo de intervención se fundamenta en una evaluación minuciosa de las funciones y capacidades del paciente como en sus discapacidades para poder construir un plan de tratamiento lo más personificado a sus necesidades y reforzando sus fortalezas cognitivas, de desarrollo actuales (Carvajal y Pelaez, 2013) (Christensen, 2011) (Ramos, 2018). En la metodología que se propone en el presente trabajo se utilizará una evaluación del niño por parte de él mismo, de sus padres y sus maestros (Portellano et al., 2015).

Uno de los estilos de rehabilitación neuropsicológica que se manejará será de estimulación de las funciones ejecutivas, en estos programas se trabajarán principalmente las áreas de identificación, definición y resolución de problemas de una manera proactiva (Tirapu, García, Ríos y Pelegrín, 2011), además de la monitorización de la conducta y las emociones frente a las diferentes escenarios, para poder acoplarse a un proceder adaptado socialmente (Martínez et al. 2013) (Carvajal y Pelaez, 2013); lo que ha promovido las funciones como la memoria y autoregulación (Fares, 2016) (Portellano, Ramírez y Fares, 2015). Además que se ha registrado una disminución de conductas antisociales (Martínez et al., 2013) (Carvajal y Pelaez, 2013). También se manejan estrategias como las autoinstrucciones (Martínez et al., 2013) (Carvajal y Pelaez, 2013).

Por otro lado, se administrará rehabilitación de modificación conductual para disminuir las respuestas socialmente desaprobadas y reforzar aquellas que son aceptadas. (Enseñat y Picó, 2011) (Carvajal y Pelaez, 2013). El programa a aplicarse propone una intervención paulatina, es decir, a través de una metodología secuencial, la misma que es la más recomendada y a través de los principios planteados por Vygostky de un aprendizaje entre pares (Guerrero y García, 2015) (Nehra, Bajpai, Sinha y Khandelwal, 2014) (Cortés y Crespo, 2013) (Martínez et al., 2013), es por ello que en el programa a aplicarse se plantea que la dificultad de los ejercicios dependerá del progreso del participante, además que una parte crucial de la intervención son las terapias grupales. En adición, se defiende que para la obtención de mejores beneficios, es recomendable la administración de un programa que influya tanto en la conducta como en la cognición del paciente (Enseñat y Picó, 2011).

La terapia de rehabilitación también se ha enfocado en el desarrollo y promoción de las habilidades sociales y de relaciones interpersonales; desde percepción de emociones (Njomboro, 2017), identificación y procesamiento de información social y la estimulación del desarrollo de las habilidades prosociales y relaciones sociales (Alvis et al., 2014) (Ramos, 2018). Además, cabe resaltar que existe evidencia que tras la estimulación de las habilidades cognitivas existirá cierta mejoría al disminuir las conductas antisociales y al aumentar aquellas aceptadas por la sociedad (Rantanen et al., 2018). Cabe resaltar que la estimulación y mejoría de una de las funciones ejecutivas afectará a las demás funciones cerebrales, esto podría ser la explicación de la mejoría a nivel social (Martínez et al., 2013). Es por ello, que se puede decir que esta intervención propuesta será favorable en el desarrollo de habilidades prosociales en el trastorno de conducta con emociones prosociales limitadas (Holleman et al., 2016). En el proyecto se propone una intervención en aspectos sociales, de comunicación y

prosociales a través de juegos, relajación, comunicación, música y movimientos corporales (Portellano et al., 2015).

La rehabilitación neuropsicológica también considera las variables de multidisciplinariedad y de impacto ecológico (Carvajal y Pelaez, 2013) como herramientas para generalizar los beneficios de la terapia a la vida del individuo al poderse proyectar a todos los entornos; personales, familiares, académicos, laborales y sociales (Tapia, 2017) (Serrano et al., 2018) (Holleman et al., 2016) (Ramos, 2018); el impacto de esta modalidad, al establecer los cambios hacia una estructura social funcional, se ha visto en mejoras a nivel de funciones ejecutivas (Vaccaro et al., 2016). En el presente trabajo se implementará ciertas normas y deberes hacia los dos entornos más influyentes en los niños, la familia y la escuela, estas medidas servirán para evitar la expresión de acciones antisociales (Meléndez et al., 2017).

En la presente metodología se propone principalmente la estimulación de las funciones de atención, modificación de la conducta, percepción e identificación corporal, funciones ejecutivas, autocontrol y habilidades sociales, de comunicación y manejo de la frustración; una metodología multidisciplinaria y basada en disciplina. Es por ello y por lo citado anteriormente que se seleccionó a la terapia de rehabilitación neuropsicológica como una opción de tratamiento del trastorno de conducta con habilidades prosociales limitadas y de inicio en la infancia.

## METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

### Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

El presente trabajo busca detectar el posible efecto favorable sobre el comportamiento prosocial que puede tener la aplicación de una terapia con bases en rehabilitación neuropsicológica en niños y niñas con trastorno de conducta con emociones prosociales limitadas. En base a la revisión literaria con relación a las variables “Trastorno de conducta con emociones prosociales limitadas”, “Rehabilitación neuropsicológica” y “Habilidades prosociales” y la pregunta de investigación planeada ¿Cómo y hasta qué punto la intervención de rehabilitación neuropsicológica puede ser eficaz en el desarrollo de habilidades pro sociales en niños y niñas quiteños en edades de 7 a 10 años de edad diagnosticados con trastorno de conducta con emociones pro sociales limitadas? Para tal estudio se escogió un diseño de investigación cuantitativo inferencial de diferencia de grupos, en las que se comparará variables de interés.

Esta metodología se clasifica como un enfoque cuantitativo, ya que se tratará de “probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (Fernández y Baptista, 2014). Este diseño se caracterizará por tener un carácter deductivo, es decir, que se tratará de aplicar una teoría o conocimiento general para el entendimiento y el análisis de situaciones particulares, y por la administración de instrumentos estandarizados y validados científicamente para la recolección de datos numéricos; los cuales posteriormente se examinarán (Fernández y Baptista, 2014).

El diseño de investigación que se propone analizará los datos competentes a la investigación (funciones ejecutivas y conductas prosociales) en un grupo representativo con

el objetivo de visualizar el efecto de la variable independiente (terapia de rehabilitación neuropsicológica) en la variable dependiente (habilidades prosociales). La muestra recibirá la terapia de rehabilitación neuropsicológica durante un tiempo de 6 meses, cada sesión durará dos horas (120 minutos) se incorporará una sesión por semana grupal e individual, se trabajarán funciones cognitivas y sociales (Portellano et al., 2015).

El procedimiento que se implementará en esta investigación será la utilizada en un estudio realizado por Portellano, Ramírez y Fares, en el 2015, la cual trata de de identificar el efecto de este tratamiento en la población de niños expuestos a diferentes tipos de maltrato. Esta elección se llevó a cabo luego de la revisión literaria y el análisis de los tratamientos empleados en esta población, especialmente en las intervenciones que se enfocan en la rehabilitación neuropsicológica y por último en tratamientos para mejorar las habilidades prosociales desde tempranas edades.

Las escalas a aplicarse serán de tres estilos; primero se administrará pruebas de evaluación de funciones ejecutivas, segundo se aplicará una batería para evaluar habilidades neuropsicológicas y por último pruebas para medir habilidades sociales y prosociales. La elección de estas pruebas se basó en que son pruebas recomendadas por la literatura revisada para medir las variables de interés; adicionalmente, son aplicadas en el rango de edad de la muestra y población de la investigación, se encuentran validadas en español, su confiabilidad es significativa. Todo el estudio será llevado a cabo y validado por un equipo de salud mental (Portellano et al., 2015).

### **Participantes**

Los participantes que se requieren para el estudio serán 30 niños y niñas de un rango de edad de 7 y 10 años, se preferiría si existe un 50% de niños y 50% de niñas. Todos los

participantes deben residir en la ciudad de Quito en Ecuador. La muestra escogida no tendrá un impacto a nivel poblacional, debido al desconocimiento a nivel nacional de estas cifras. La muestra se escogió en base a la revisión literaria realizada.

#### **Criterios de inclusión.**

Niños y niñas de 7 a 10 años de edad

Diagnóstico de trastorno de conducta con emociones prosociales limitadas  
(Existencia de diagnóstico previo realizado por un especialista en salud mental/Diagnóstico realizado por el experimentador)

Tienen que asistir a una institución educativa

Firma de aceptación de consentimiento informado por parte de los padres y de la institución educativa

Aceptación de participar en el experimento por parte del menor de edad

#### **Criterios de exclusión.**

Edad mayor o menor al rango de 7 a 10 años

No existencia de trastorno de conducta

Diagnóstico de trastorno de conducta sin especificadores

Diagnóstico de trastorno de conducta con inicio en la adolescencia o no especificado

Existencia de alguna enfermedad física de importancia

Existencia de algún trastorno psicológico diagnosticado

#### **Herramientas de Investigación Utilizadas**

Las herramientas que se utilizarían en la investigación se aplicarían a cada uno de los participantes de la muestra y se medirían las funciones cognitivas y habilidades sociales del

niño. Una de las herramientas es una batería de habilidades neuropsicológicas, la cual está formada por diferentes test. Estas pruebas pueden ser administradas en esta población sin ninguna modificación, puesto que el rango etario del estudio (7 a 10 años) está dentro de la edad de la población objetivo de las pruebas (6 a 12 años). Los test son de administración individual y se utilizaron adaptaciones de la población española (Portellano et al., 2015).

1.- K-BIT (Prueba Breve de Inteligencia de Kaufman): Este instrumento se construyó siguiendo las propuestas de Cattell sobre la inteligencia. En este estudio se tratará de analizar la inteligencia no verbal a través de la sección de matrices. La población recomendada a la cual administrar la herramienta es hombres y mujeres que se encuentra dentro del rango de edad de 4 a 90 años. La duración del test es de 15 a 20 minutos (Aiken, 2003). La adaptación española es la que se administrará. La confiabilidad de la prueba es de 0,97. Los ejercicios describen analogías y relaciones entre figuras sin palabras. La evaluación se obtiene de la suma de las repuestas acertadas (Portellano et al., 2015). Este instrumento se ha utilizado en niños, niñas y adolescentes con Síndrome de Williams para medir su coeficiente intelectual, su rendimiento en habilidades verbales y no verbales (Pitts y Mervis, 2016); por otro lado, también se ha utilizado en niños y niñas de edades entre 7 y 11 años, para medir el nivel de inteligencia (Alvis et al., 2015).

2.- TONI-2 (Test de inteligencia no verbal): Este instrumento tratará de evaluar la inteligencia no verbal a través de ejercicios de figuras en las que se resolverán ejercicios de relaciones y analogías. Se aplica razonamiento deductivo y analítico. Puede ser aplicado a poblaciones dentro de las edades de 5 a 85 años. Se evalúa obteniendo la suma de las respuestas correctas. La duración es de 15 a 20 minutos. Su confiabilidad es 0,81 (Brown, Sherbenou y Johnsen, 2000) (Portellano et al., 2015). Se ha utilizado en niños y niñas entre

los 7 y 12 años de edad con un diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, con el objetivo de determinar el coeficiente intelectual (Mendes, 2018).

3.- FDT (Test de los Cinco Dígitos): Este test trata de “evaluar la velocidad de procesamiento cognitivo, la capacidad para enfocar y reorientar la atención, y la capacidad de hacer frente a la interferencia” (Portellano et al., 2015) y el esfuerzo por controlar a la propia mente, trata de evaluar funciones ejecutivas. Los ejercicios son “lectura de dígitos”, “conteo de asteriscos”, “elección” y “alternancia”. Se administra a personas a partir de los 7 años de edad, la duración del test es de 5 minutos. La confiabilidad en España es de: “Lectura 0,94; Conteo 0,92; Elección, 0,86; Alternancia 0,9” (Portellano et al., 2015) (Rodríguez et al., 2012). Esta evaluación se ha aplicado en niños y niñas de edades escolares para determinar la capacidad de inhibición a la respuesta, lo que se ha hecho de manera eficaz (García, González, Areces, Cueli y Rodríguez, 2014).

4.- WISC-R (Dígitos y Laberintos): Esta prueba se aplica en una población de 6 años a 16 años. El objetivo es evaluar la inteligencia. En el presente estudio se aplicarán las secciones de “dígitos” y “laberintos”, por lo que se tratará de medir la memoria a corto plazo, de trabajo; habilidades de planificación, atención y flexibilidad cognitiva, la inhibición y automonitoreo. La confiabilidad tiene un rango de 0,89 a 0,94. El resultado se obtiene del número de aciertos (Portellano et al., 2015). Se aplicado a niños y niñas en el rango de edad de los 7 a 11 años, con riesgo a desarrollar trastorno de conducta, con la finalidad de calcular el coeficiente intelectual (González et al., 2016).

5.- ENFEN (Evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas en niños): Se puede administrar a niños desde los 6 hasta los 12 años de edad, se demora en administrar 20 minutos entre todas las etapas. Se administran las pruebas de fluidez verbal, construcción de senderos, construcción de anillas, resistencia a la interferencia (Portellano, Ramírez y Fares,

2015) (Portellano, Martínez y Zumárraga, 2011). Se ha probado en niños diagnosticados con trastorno del espectro autista, de edades promedio de 7 años, con el objetivo de determinar el nivel de sus funciones ejecutivas (Pérez, Ruz, Barrera y Moo, 2018).

6.- MFF-20 (Test de Emparejamiento de Figuras Familiares): Este instrumento evaluará la capacidad de reflexión y tendencia a la impulsividad. Se puede aplicar a niños desde los 6 años hasta los 12 años de edad. Se construye por medio de ejercicios con opciones y hay que escoger la apropiada, la duración de la prueba es de 20 minutos (Cairns y Cammock, 2005). Tiene una confiabilidad y consistencia interna de latencia de 0,92 y de errores de 0,75 (Portellano et al., 2015). Este test se ha administrado en niños y niñas de 6 años de edad de bajos recursos para poder medir sus habilidades cognitivas, especialmente de impulsividad, tiempo de latencia y planificación (Arán y Richaud, 2010).

7.- BASC-2: Este instrumento puede administrarse en poblaciones de 6 a 12 años de edad, la duración de este instrumento es de 10 a 20 minutos. Tiene un rango de consistencia interna de 0,7 a 0,8 y una confiabilidad de 0.78. En la investigación se emplearán un test dirigido a padres y uno a profesores. Se evaluarán conductas desadaptativas (Portellano et al., 2015). Este instrumento ha sido útil para medir deficiencias en aspectos como conductas atípicas, ansiedad y problemas interrelacionales en niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad y Espectro Autista (Mulas y Roca, 2018).

8.- SDQ (Cuestionario Fortalezas y Debilidades de Goodman): Este tipo de herramienta tratara de evaluar la conducta prosocial y antisocial en los niños. Consta de 25 preguntas que examinarán el comportamiento prosocial, la hiperactividad, conductas problemáticas, síntomas emocionales y problemas en relaciones con pares; su duración es de 5 minutos. Alcanza un coeficiente alfa de Cronbach de 0.73 y su consistencia interna es buena. Este instrumento puede ser utilizado en pruebas longitudinales de manera significativa

(Viglas y Perlman, 2018). Esta herramienta se probó en niños y niñas de 6 a 14 años diagnosticados con Trastorno de Deficit de Atención e Hiperactividad (Fenollar, Navarro, González y Sevilla, 2015).

### **Procedimiento de recolección y Análisis de Datos**

Se solicitará a las clínicas, hospitales, instituciones de salud mental y a profesionales de salud mental (sicólogos, psiquiatras y neurólogos), si pueden brindar el conocimiento del presente proyecto a los representantes y/o a las familias que pueden o podrían tener un hijo o hija con diagnóstico de Trastorno de conducta con emociones prosociales limitadas, que estén en un rango de 7 a 10 años de edad, además que en el caso de mostrar interés por el trabajo experimental brindar la información de contacto del equipo que dirija el proyecto.

En el momento en el que se espera que las familias se pongan en contacto se coordinaría una entrevista para poder explicarles con mayor detalle el estudio y la importancia de la participación del niño o niña. La entrevista se realizaría con los padres y el niño, se explicaría los objetivos de la investigación y el procedimiento de la manera más detallada sin que afecte el proceso. Se procedería a firmar el consentimiento informado por parte de los representantes legales del menor, en el caso de que acceda la participación del menor, se pediría un consentimiento de palabra por parte de niño o niña. Adicionalmente en la entrevista se explicaría la participación de los padres en esta investigación. Se enviaría un consentimiento a la institución educativa a la que asista el participante para solicitar comprensión y colaboración en este entorno.

Una vez completada esta etapa, se procedería a la confirmación del diagnóstico del niño o niña a través del Manual de Diagnóstico y Estadístico 5 (DSM-5), el diagnóstico de interés es “Trastorno de conducta con emociones prosociales limitadas”. Este procedimiento

debera ser realizado por un especialista de salud mental con experiencia en el área y especialmente en esta clase de diagnóstico. Una vez verificado el diagnóstico se procedera a administrar las pruebas pertinentes para recolectar los datos de interés para esta investigación.

Con la información recolectada se podrá proceder a la intervención de rehabilitación neuropsicológica, siendo esta la siguiente etapa de la investigación. Esta terapia tiene una duración de 6 meses, durante los cuales se administrará 32 horas de terapias grupales, 8 horas de terapias individuales y 15 horas de trabajos en la casa. Cada una de las actividades se llevará a cabo en espacios equipados. Además se establecerán normas y estrategias individuales que deberán permanecer vigentes durante toda la investigación con el propósito de evitar conflictos (Portellano et al., 2015).

Las terapias grupales e individuales se administrarán una vez por semana y tendrán una duración de dos horas (120 minutos). Las estrategias empleadas tienen el objetivo de “entrenamiento cognitivo, favorecer el aprendizaje,... la reproducción en las situaciones sociales y...la generalización” (Portellano et al., 2015); algunas de estas estrategias son “entrenamiento con autoinstrucciones, la resolución de problemas, el role-playing y la relajación” (Portellano et al., 2015). Cada una de las actividades a realizar inicialmente tendrán la duración entre 5 y 15 minutos, empero, se aumentara la complejidad y duración en base a las mejorías observadas en los participantes (Portellano et al., 2015).

Las terapias grupales serán medios en los que se trabajarán funciones cognitivas en las que se tiene interés. En las primeras cuatro sesiones se trabajará atención y velocidad de procesamiento a través de ejercicios de cálculo, series con y sin distractores y comprensión lectora; las segundas cuatro semanas el tema de enfoque será autocontrol y modificación de conductas por medio de actividades como autoinstrucciones, automonitoreo, autocontrol, movimientos corporales, dirección hacia metas, reflexión de las conductas, modelado y

dramatización; luego se procederá a desarrollar las habilidades ejecutivas, algunas prácticas son las instrucciones internas, “la planificación, la predicción, la anticipación y el control de las respuestas, la regulación del comportamiento, el automonitoreo, la utilización de respuestas aprendidas” (Portellano et al., 2015), conductas hacia metas y manejo proactivo del tiempo; y las últimas cuatro semanas se prioriza las habilidades sociales, en este tiempo se trabajará en “a empatía en el grupo, el respeto de los turnos, la escucha, el ponerse en el lugar del otro, la comunicación verbal y no verbal, la capacidad de tolerancia a la frustración y las relaciones de amistad entre pares” (Portellano et al., 2015).

Las actividades que deben realizarse durante el fin de semana son actividades que deberán ser supervisadas. Sin embargo, la participación de la familia y de la institución educativa va más allá que la supervisión de tareas, debido a que su papel activo durante toda la intervención es de crucial importancia en la rehabilitación. Tanto la familia como la institución deberán adaptar sus ambientes al estilo y a las normas que se manejan durante las sesiones de terapia, para que el niño o niña pueda generalizar los progresos de las sesiones en los diferentes entornos en los que se desenvuelve diariamente (Portellano et al., 2015) (Rantanen et al., 2018).

Una vez concluido los 6 meses de tratamiento se volverán a realizar las pruebas administradas pre-tratamiento en la muestra. Con los resultados se podrán comparar los resultados pre y post de la intervención, con la finalidad de identificar si existe alguna diferencia significativa entre los datos, las mismas que se pueden interpretar que el tratamiento impartido es el responsable de esta variación. Se espera que exista una influencia positiva. Para este análisis se aplicará el estadístico t-test pareado, puesto que el experimento se estructura con una variable independiente (pre test y post test) y una variable dependiente

cuantitativa, además que existe solo una muestra, es decir, que se evaluarán los mismo participantes en los dos momentos (Fernández y Baptista, 2014).

### **Consideraciones Éticas**

La presente investigación se rige y deberá ser aprobada por el comité de bioética, por tanto deberá a pegarse a todas las normas y requerimientos que plantee esta organización. Uno de los principales planteamientos es la participación libre y voluntaria por parte de cada uno de los participantes, en el caso del presente estudio la elección y aceptación de la participación del participante estará a cargo de su representante legal a través de la firma de un documento de consentimiento informado y también por la aceptación verbal por parte del participante (niños y niñas) directamente antes de realizar algún procedimiento, en el caso de no aceptar, no existirán repercusiones o consecuencias negativas. La decisión no deberá ser forzada por el tiempo.

Otra regla planteada por bioética es el manejo del anonimato, en la investigación se manejará a través de la asignación de un código con el que se le conocerá a cada participante. La información recolectada podrá ser reutilizada para estudios futuros, solo en caso que los representantes del niño o niña accedan, caso contrario esta información será borrada luego del análisis de los mismos.

En ningún momento durante este procedimiento, los niños y niñas estarán expuestos algún tipo de maltrato o peligro; sin embargo, hay el riesgo de que existan conflictos verbales y físicos entre los participantes.

## RESULTADOS ESPERADOS

En el caso de haberse efectuado la metodología propuesta, tras haberse analizado cada uno de los datos obtenidos de las pruebas y de haber aplicado el estadístico correspondiente; se esperaría un efecto positivo en el grado de habilidades prosociales expresadas por los niños y niñas que han participado en el estudio luego de la aplicación de tratamiento de rehabilitación neuropsicológica, es decir, que la diferencia sea positiva entre los resultados post-tratamiento y pre-tratamiento, lo que comprobaría la existencia de mejoría después de la intervención.

Esta inferencia se respalda a través de la revisión de literatura que se realizó en cada una de las etapas de esta investigación. Los resultados que se analizarán para determinar el efecto de la intervención serán todos aquellos obtenidos en las pruebas administradas. Se compararán las puntuaciones obtenidas antes frente a las que se alcanzaron después; cada prueba se analizará de manera independiente.

En la primera prueba aplicada, K-BIT (Prueba Breve de Inteligencia de Kaufman) se espera que exista una mejoría en inteligencia no verbal. En el estudio en el que se basa esta metodología se observó una mejoría de una media de 23,08(6,85) a 30,15(7,50). Por otro lado, en la prueba de Toni-2 (Test de inteligencia no verbal) deberá identificarse una mejoría en razonamiento deductivo y analítico, en el estudio antes mencionado se observó una mejora en la media de 18,46(7,48) a 28,69(12,25) (Portellano et al., 2015).

En la prueba de FDT (Test de los Cinco Dígitos), los datos obtenidos en la investigación de maltrato y los que se esperaría obtener en el presente estudio son mejoras en las funciones ejecutivas, representados en el rendimiento en los ejercicios de lectura de dígitos, de una media de 30,54 a una media de 28,46; de conteo de asterisco, de una media de 40,92 a una media de 37,46; de elección, de 66,23 a 60,60; de alternancia, de 82,92 a 68,15;

y de flexibilidad, de 52,59 a 39,08. Hay que resaltar lo que se medirá en cada uno de los ejercicios es el tiempo en segundos que se demoran en resolverlos. La siguiente prueba que es el instrumento WISC-R (la sección de dígitos y la de laberintos), los resultados que se esperan serán favorables en todos los casos, puesto que se identificaron progresos en los estudios en los que se basa la metodología del presente trabajo (Portellano et al., 2015).

Los resultados de la batería de habilidades neuropsicológicas ENFEN (Evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas en niños) de igual manera se espera identificar mejorías, ya que en la revisión de la literatura de experimentos anteriores se identificaron mejorías luego de los meses que duró el procedimiento. Estas mismas expectativas se tendrán en el caso de los resultados obtenidos en la última herramienta de evaluación cognitiva, MFFT-20 (Test de Emparejamiento de Figuras Familiares), de igual manera por las razones anteriormente mencionadas (Portellano et al., 2015).

Los resultados más relevantes, según estudios en niños maltratados, son en la mejoría en aspectos de inteligencia no verbal, atención, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas y planeación (Portellano et al., 2015).

En el caso de las pruebas para analizar las conductas sociales y prosociales, a través de las pruebas de BASC-2 y SDQ, los resultados en el caso de que esta metodología sea aplicada se fundamentarán en los estudios que construyen la literatura empleada durante toda la investigación.

De la prueba BASC-2 que evaluarán las conductas aceptadas y no aceptadas a nivel social, se esperaría que se expongan resultados que se interpreten como mejoría en el área de relaciones sociales y conductas adaptativas, tras el tratamiento. Cabe tomar en consideración que esta escala se aplica a padres y maestros, y se debe contestar en base a su percepción. Esta afirmación se puede respaldar en las puntuaciones obtenidas en el estudio realizado a

niños maltratados en el que, por ejemplo, la puntuación en agresividad varió de una media de 14,5 (655,5) a 11(58) y las conductas problemáticas cambiaron de 7,5(59) a 7,5(66). En el caso de conductas adaptativas se puede resaltar las modificaciones en habilidades sociales de una media de 23,5(42) a 24,5(45,5) y las habilidades adaptativas cambia de un promedio de 115,5(36) a 133(43,5) (Portellano et al., 2015).

Con la finalidad identificar directamente la fluctuación de las conductas prosociales y antisociales y empleando el cuestionario SDQ, los resultados esperados luego de la administración de la terapia de rehabilitación neuropsicológica son positivos con relación a un incremento de las habilidades prosociales expresadas por el niño o niña y una disminución de conductas antisociales e impulsivas (Portellano et al., 2015) (Viglas y Perlman, 2018).

Este pronóstico se podrá sustentar por el incremento del autocontrol encontrado en los resultados de las pruebas previamente analizadas. En este caso, el incremento de las habilidades de autocontrol precederá al de las habilidades prosociales (Portellano et al., 2015) (Viglas y Perlman, 2018), puesto que existirá una mayor probabilidad de manifestarse, como se evidenció en un estudio realizado en niños de 4 a 6 años de edad, en el que se ejercitaron estas habilidades; los resultados de la herramienta SDQ fueron: antes de la intervención había una media de la medida de habilidades sociales de 56,25, luego de la intervención la media fue de 74,81 (Viglas y Perlman, 2018). En cambio en el estudio realizado por Rantanen, Vierikko y Nieminen en niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad se identificaron mejoras significativas en los puntajes relacionados con la hiperactividad, mientras que las mejoras con relación a las habilidades prosociales tuvieron tendencia positiva pero con un tamaño de efecto de 0,2 (2018).

En las últimas semanas que se trabajarán ejercicios relacionados con habilidades sociales, relaciones con pares y empatía, estos ejercicios identificados como promotores para

el desarrollo de conductas prosociales y para la disminución de comportamientos agresivos en la población de interés (Datyner et al., 2015) (Houghton et al., 2017). Es por ello, que se puede reafirmar que los resultados que se esperarían en las pruebas de BASC-2 y SDQ estarán acordes a un aumento de habilidades prosociales y disminución de conductas antisociales.

En conclusión, los resultados esperados en esta investigación, luego de la aplicación del tratamiento de rehabilitación neuropsicológica, son esperanzadores hacia la tendencia positiva a responder que esta intervención puede tener un impacto en el incremento de habilidades prosociales, lo que se demostraría al obtener los datos. Los resultados de mayor relevancia serían en la mejora de la inteligencia no verbal, atención, velocidad de procesamiento, funciones ejecutivas (planificación), mejora en el tiempo de reacción, relaciones sociales y conducta (Portellano et al., 2015).

## DISCUSIÓN

En base a los resultados esperados se podría responder que la intervención en la rehabilitación neuropsicológica planteada tendrá un impacto en el comportamiento de los niños y niñas, de 7 a 10 años de edad, con diagnóstico de trastorno de conducta con emociones prosociales limitadas; debido a que aumentará las habilidades prosociales que manifiestan. La afirmación expuesta llegaría a tener gran valor y significará un nuevo campo de investigación para la prevención y tratamiento de un trastorno que tiene afectaciones importantes a nivel personal, familiar y social (Villanueva y Ríos, 2018) y colocaría a la rehabilitación neuropsicológica y en específico a la metodología propuesta como una intervención de interés y un posible tratamiento, para este y otros trastornos.

Se debe reconocer que existe información en cuanto a tratamientos e intervenciones, tanto en estudios a nivel experimental como no experimental, dirigidos a manejo de este trastorno; sin embargo, el conocimiento es insuficiente sobre un tratamiento efectivo y con efecto a largo plazo que contrarreste los síntomas y las consecuencias del trastorno (Kyranides et al., 2018) (Eisenbarth, Demetriou, Kyrandides y Fanti, 2016). Es por ello, que es de importancia seguir en la búsqueda de una técnica o un tratamiento que de acceso a un mejor control e incluso neutralización de los síntomas debilitantes.

La terapia de rehabilitación neuropsicológica es un tipo de intervención que nació en un entorno en el que su principal función era la restauración, sustitución o compensación de aquellas destrezas que se perdieron tras alguna lesión cerebral (Sañay y Villacres, 2014) (Parsons, 2016). Sin embargo, con el paso de los años ha ido abarcando nuevas finalidades, como por ejemplo el entrenamiento en casos de personas sin ningún déficit de relevancia o tras alguna lesión o en algunos trastorno psicológicos como es el caso del autismo o del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (Kyranides et al., 2018). La versatilidad de

este procedimiento se fundamentará en la evaluación inicial, en la que se identificarán las áreas de deficiencia o de interés y se llevará un tratamiento personalizado, especialmente en áreas cognitivas y conductuales (Kyranides et al., 2018) (Sañay y Villacres, 2014) (Enseñat y Picó, 2011).

La aplicación de un programa de rehabilitación neuropsicológica en casos de trastorno de conducta con habilidades prosociales limitadas, no se relacionará de manera clara con alguna deficiencia a nivel cognitivo y ejecutivo; sin embargo, es causa de la existencia de relevantes insuficiencias de carácter social y prosociales (Wallace et al., 2015), puesto que las habilidades prosociales se relacionan de manera significativa con las funciones ejecutivas, autocontrol (control inhibitorio), empatía y las estrategias de memoria (Restrepo, Arana, Alvis, Gómez y Hoyos, 2015).

Por lo postulado anteriormente, se puede afirmar que por medio del desarrollo de funciones ejecutivas y de autorregulación se podrá alcanzar la adquisición y mejoramiento de habilidades prosociales y la disminución de comportamientos antisociales (Amores y Mateos, 2017). Esta postura será la base para los programas de funciones ejecutivas en los que la “autorregulación y automonitorización conductual tienen como objetivo que los pacientes adquieran la capacidad para supervisar y anticipar las consecuencias de su conducta, regulando su comportamiento y emociones de acuerdo a las demandas ambientales” (Martínez et al., 2013).

Otro factor a tomar en consideración es la promoción de empatía, las emociones positivas y la autoeficacia, debido a que son conceptos, que tras su estudio y de sus implicaciones, se consideran promotores de la adquisición de habilidades prosociales y atenuantes de conductas agresivas a tempranas edades; estos resultados fueron los que se

mostraron en un estudio realizado en Argentina, 2016, en niños y niñas de un rango de edad entre los 10 y 13 años (Richaud y Mesurado, 2016).

Esta variable será considerada en la intervención de rehabilitación neuropsicológica y en especial en el programa propuesto en la actual investigación, a través de una intervención específica en habilidades sociales, pero igualmente rigiéndose y promoviendo normas y reglas de socialización adecuada y aceptada durante todo el procedimiento en la investigación, además la exposición a los niños a la interacción social a través de las terapias grupales semanales, permite que se exponga al niño a escenas reales de socialización para poder corregir y entrenar las fallas en cuanto a empatía y habilidades prosociales y sociales (Portellano et al., 2015) (Guerrero y García, 2015).

El programa de rehabilitación neuropsicológica es un tipo de intervención compleja, por las distintas variables que maneja al mismo tiempo (Portellano et al., 2015); sin embargo, ha demostrado que este abordamiento integral será efectivo, ya que se irán desarrollando a la par aquellas destrezas que encuentre cierta carencia (Christensen, 2011). La diversidad de áreas y de actividades también se fundamenta en mantener la motivación del niño o niña en el programa (Rosti et al., 2014) (Lemos et al., 2016). Esta variable es de crucial importancia analizar, ya que este trastorno en particular se caracteriza por el bajo compromiso y mantenimiento en intervenciones psicológicas (Frick et al., 2014) (Byrd et al., 2012).

La posible efectividad del programa y la metodología propuesta se podrá fundamentar en que considerará variables que en investigaciones experimentales han sido efectivas en el tratamiento de trastorno de conducta con emociones prosociales limitadas y en el incremento de conductas prosociales como son el desarrollo de funciones cognitivas, la atención y memoria (Muratori et al., 2017) (Pisano et al., 2017); la implementación de estrategias del enfoque cognitivo conductual; la modificación del entorno (familiar y escolar) (Blair et al.,

2014); el entrenamiento a nivel emocional y social (Datyner et al., 2015); la intervención en una temprana edad, personalizada y de naturaleza multidisciplinaria, al participar diferentes entornos en el tratamiento y en el cambio (Houghton et al., 2017). Se verá reflejado en los resultados esperados, percibiéndose los síntomas de agresividad e hiperactividad elocuentemente aplacados (Portellano et al., 2015).

Tras la realización de la investigación se habrá comprobado la utilidad de esta terapia, además que se ha despertado el interés científico para una investigación con mayor significancia en la población. En Ecuador, no existe información altamente confiable sobre este trastorno ni sobre un tratamiento o seguimiento adecuado, a pesar del impacto que puede estar teniendo en el país, por ejemplo, datos obtenidos del área de pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso muestran que 1 de cada 3 niños que asisten tiene la probabilidad de tener un diagnóstico de trastorno de conducta (Patiño, 2016). Es por ello que la incursión en la investigación y la práctica de salud mental adecuada es una prioridad para la prevención, regulación, tratamiento y control de este problema que puede se esté ignorando, pero las consecuencias están impactando a la sociedad actual y del mañana.

## **Conclusiones**

Se puede llegar a concluir que una intervención oportuna de rehabilitación neuropsicológica puede ser una opción eficaz como tratamiento para incrementar habilidades prosociales, especialmente en empatía y en comportamientos prosociales, dirigido a niños y niñas de edades entre 7 y 10 años, que residan en Quito, Ecuador. Las principales razones de este progreso son que el tratamiento consistiría en reforzar todas las áreas que promueven el desarrollo de habilidades prosociales y sociales (habilidades ejecutivas, modificación del entorno, habilidades neuropsicológicas y habilidades sociales, como la empatía y las

emociones positivas). Así mismo existe una fase práctica y de exposición; que tiene un estilo de aplicación multicomponente y de inicio temprano, es decir, el tratamiento deberá administrarse en la infancia. Adicionalmente, se evidenciará una ventaja colateral porque se demostrarán progresos en las funciones cognitivas entrenadas.

### **Limitaciones del Estudio**

Una de las mayores fortalezas de este programa de rehabilitación neuropsicológica es la inclusión de diversas técnicas de manera simultánea; no obstante, se podría considerar como una limitante el no saber cuál de las herramientas es aquella que influyó más sobre las demás; por otra parte al solo existir una medición al inicio y otra al final de la intervención no se puede saber la progresión de la mejoría en el tiempo.

Por otro lado se debe considerar que el estudio se realizó a una población pequeña, debido a que es un estudio exploratorio; pudiendo ser una limitante para poder extrapolar las conclusiones y resultados a la población de interés. También, es importante tomar en consideración que el diagnóstico de este trastorno no se lo maneja de una manera adecuada, existiendo algunos datos no confiables, subdiagnóstico o un sobre diagnóstico (Erskine et al., 2016).

Otras limitaciones de este proyecto son las herramientas utilizadas para las mediciones, ya que todas son validadas en España y se encuentran en la versión de idioma español; a pesar que la población de la muestra es ecuatoriana, por lo que pueden existir incongruencias por las diferencias culturales.

En cuanto a las herramientas utilizadas, el instrumento de BASC-2 y SDQ son encuesta a padres, maestros y al menor de edad, basados en sus creencias y opiniones, las que podrán ser fácilmente influenciadas al conocer la finalidad de la investigación.

## **Recomendaciones para Futuros Estudios**

El presente estudio se basó en una metodología compleja y con una sola evaluación de progresos, en consecuencia se recomendaría a futuras investigaciones que se propongan proyectos en los que se empleen evaluaciones en cada una de las fases (cada cuatro semanas), con el objetivo de conocer el progreso del tratamiento, la dependencia entre las fases e identificar cuál de ellas propone ser la que más beneficios aporta. En su defecto, en el caso de replicar este estudio, se recomendaría hacer un seguimiento a los participantes dentro de un año para poder identificar el alcance de la intervención en el tiempo.

Otra recomendación es la aplicación de esta metodología en un rango de edad menor, para poder identificar si el tratamiento puede extrapolarse como una herramienta de intervención infantil. Por otra parte proponer que se pueda aplicar en un diagnóstico de trastorno de conducta pero con otros especificadores o con presencia de comorbilidad de aquellos trastornos o deficiencias más relacionadas como es el caso del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

Se recomendaría a las autoridades competentes a poner atención a esta problemática, recolectar datos e información a nivel estratificado y a nivel nacional que sea confiable; para poder planificar y aplicar estudios que tengan un verdadero impacto en la sociedad ecuatoriana para beneficio de los ciudadanos como del Estado. A esta recomendación se le sumaría la validación de pruebas relevantes para el Ecuador.

## REFERENCIAS

- (2015). Test 5 digitos.ppt [Imagen]. Recuperado de <https://vdocuments.site/test-5-digitosppt.html>
- Aguilar, J. & Caycho, T. (2016). Análisis conductual aplicado en neuropsicología: fundamentos teóricos, experimentales y empíricos. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 10. Recuperado de <http://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/220/234>
- Aiken, L. (2003). Test psicológico y evaluación. Pearson.
- Akelaitis, A. & Lisinskiene, A. (2018). Social emotional skills and prosocial behavior among 15-16 year-old adolescents. *European Journal of Contemporary Education*. Recuperado de 10.13187/ejced.2018.1.21
- Alvis, A.; Arana, M. & Restrepo, J. (2014). Propuesta de rehabilitación neuropsicológica de la atención, las funciones ejecutivas y empatía en personas con diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad, desvinculadas del conflicto armado colombiano. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 4. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/500/1036>
- Alvis, A., Arana, C., Retrepo, J. & Hoyos, E. (2015). Agresión y empatía em um grupo de niños y niñas diagnosticados com transtorno negativista desafiante. Recuperado de <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis/article/view/731/1034>
- Alexandru, M & Lorand, B. (2015). Sport – a solution to the social integration of children with conduct disorder? Pilot Study. Recuperado de [https://www.sciencedirect.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/science/article/pii/S1877042815016134?\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_origin=gateway&\\_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb](https://www.sciencedirect.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/science/article/pii/S1877042815016134?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Londres.
- Amores, A. & Mateos, R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurpsicología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa*. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com.ezbiblio.usfq.edu.ec//science/article/pii/S1135755X17300234>
- Andrade, B., Browne, D. & Tannock, R. (2014). Prosocial skills may be necessary for better peer functioning in children with symptoms of disruptive behavior disorders. Recuperado de <https://peerj.com/articles/487/>

- Arán, V. & Richaud, M. (2010). Efectos de un programa de intervención para aumentar la reflexividad y la planificación en un ámbito escolar de alto riesgo por pobreza. Recuperado de [http://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/42792/CONICET\\_Digital\\_Nro.d110e58d-88cd-4055-9172-3750d590c7f8\\_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/42792/CONICET_Digital_Nro.d110e58d-88cd-4055-9172-3750d590c7f8_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Araujo, E., Janém M., Bonillo. A. & Capdevilla, C. (2013). Executive function deficits and symptoms of disruptive behavior disorder in preschool children. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/ehost/detail/detail?vid=0&sid=2b637394-fcbb-481e-8c6a-c9a708e35bef%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=102811157>
- Arias, W. (2015). Conducta prosocial y psicología positiva. Recuperado de <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/169/161>
- Arroyo, E. M. (2012). Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en demencias: Hacia la ciber-rehabilitación neuropsicológica. *Pensamiento Psicologico*, 10(1). Recuperado de <https://search.proquest.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/docview/1152151185?accountid=36555>
- Baker, E., Oliver, B., Viding, E., Salekin, R. & Maughan, B. (2011). The impact of prenatal maternal risk, fearless temperament and early parenting on adolescent callous-unemotional traits: a 14-year longitudinal investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2011.02397.x>
- Baker, K. (2016). Conduct disorder in children and adolescents. Recuperado de [https://www.sciencedirect.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/science/article/pii/S1751722216301482?\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_origin=gateway&\\_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb&ccp=y](https://www.sciencedirect.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/science/article/pii/S1751722216301482?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb&ccp=y)
- Bansal, P., Waschbusch, D., Haas, S., Babinski, D., King, S., Andrade, B., & Willoughby, M. T. Effects of intensive behavioral treatment for children with varying levels of conduct problems and callous-unemotional traits. *Behavior Therapy*. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.003>
- Barahona, T., Grau, C., Cañete, A., Sapiña, A., Castel, V., & Bernabeu, J. (2012). Rehabilitación neuropsicológica en niños con tumores del sistema nervioso central y leucemias irradiadas. *Psicooncología*, 9(1), 81-94. Recuperado de <https://search.proquest.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/docview/1022980812?accountid=36555>
- Blair, J., Leibenluft, E. & Pine D. (2014). Conduct disorder and callous–unemotional traits in youth. *The New England Journal of Medicine*, 371(23). Recuperado de <http://dx.doi.org.ezbiblio.usfq.edu.ec/10.1056/NEJMra1315612>

- Beger, R., Benatow, J., Cuadros, R., VanNattan, J. & Gelkopf, M. (2018). Enhancing resiliency and promoting prosocial behavior among Tanzanian primary-school students: A school-based intervention. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1363461518793749>
- Bernstein, B. (2016). Conduct disorder. Recuperado de <https://emedicine.medscape.com/article/918213-overview#a2>
- Betancourt, M. & Lodoño, C. (2016). Factores sociodemográficos y psicosociales que diferencian la conducta prosocial y el acoso escolar en jóvenes. Informes Psicológicos. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=ff4d3c06-ea0c-432e-bb3c-6fb3fa7380d3%40pdc-v-sessmgr03>
- Botero, M., Tobón, E., Gonzalez, D. M., & Barceló, E. (2010). Características de la teoría en el trastorno disocial de la conducta/ characteristics of theory in conduct disorder. *Psicología Desde El Caribe*, (26) Recuperado de <https://search.proquest.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/docview/1436988342?accountid=36555>
- Broche, Y. & Cortés, L. (2015). Funciones ejecutivas en adolescentes con conducta antisocial. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=fd6bba31-f785-4871-8a83-805469a9e26a%40sessionmgr104>
- Broulidakis, M., Fairchild, G., Sully, K., Blumensath, T., Darekar, A. & Sonuga, E. (2016). Reduced default mode connectivity in adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.021>
- Brown, L., Sherbenou, R. & Johnsen, S. (2000). TONI2 Test de inteligencia no verbal. Manual. Recuperado de [http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/TONI-2\\_extracto.pdf](http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/TONI-2_extracto.pdf)
- Byrd, A., Loeber, R. & Pardini, D. (2012). Understanding desisting and persisting forms of delinquency: The unique contributions of disruptive behavior disorders and interpersonal callousness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53 (4). Recuperado de doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02504.x.
- Cairns, E. & Cammock J. (2005). Test de emparejamiento de figuras conocidas 20. Madrid: Tea Recuperado de <http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/MFF-20-Manual-Extracto.pdf>
- Cairns, E. & Cammock, J. (s/f). Test de emparejamiento de figuras conocidas-20 [Imagen]. TEA.
- Calzada, A., Álvarez, A., Galán, L., & Valdés, M. (2017). QEEG and LORETA in teenagers with conduct disorder and psychopathic traits. *Clinical EEG and Neuroscience*, 48(3). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1177/1550059416645712>

- Carvajal, J., & Pelaez, A. (2013). Fundamentos teóricos y estrategias de intervención en la rehabilitación neuropsicológica en adultos con daño cerebral adquirido/Theoretical bases and intervention strategies in neuropsychological rehabilitation in adults with acquired brain disfunction. *Revista CES Psicología*, 6(2), 135-148. Recuperado de <https://search.proquest.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/docview/1713930804?accountid=36555>
- Castillo, M. (2018). Estudio estructural del Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) en niños de 2 a 4 años de Montevideo y Canelones [Imagen]. Universidad de la Republica. Recuperado de [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_mauricio\\_castillo.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_mauricio_castillo.pdf)
- Chernyak, N. & Kushnir, T. (2018). The influence of understanding and having choice on children's prosocial behavior. *Current Opinion in Psychology*, 20. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X17301094>
- Christensen, A. (2011). Principios de rehabilitación neuropsicología. *Rehabilitación Neuropsicológica. Intervención y Práctica Clínica*, 3-13.
- Colins, O., Van Damme, L., Fanti, K. & Andershed, H. (2016). The prospective usefulness of callous–unemotional traits and conduct disorder in predicting treatment engagement among detained girls. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5233744/>
- Cortés, A., & Crespo, M. (2013). Rehabilitación neuropsicológica en pacientes con tumores cerebrales. *Psicooncología*, 10(2). Recuperado de <https://search.proquest.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/docview/1506444770?accountid=36555>
- Datnyer, A., Kimonis, E., Hunt, E. & Armstrong, K. (2015). Using a novel emotional skills module to enhance empathic responding for a child with conduct disorder with limited prosocial emotions. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1534650115588978>
- De Los Reyes, C., Díaz, M., Herrera, A. & Ruíz, K. (2013). Utilidad de un programa de rehabilitación neuropsicológica de la memoria en daño cerebral adquirido. *Liberabit*, 19(2). Recuperado de <https://search.proquest.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/docview/1951022695?accountid=36555>
- De Noreña, D., Sánchez, I., Bombin, I., García, A. & Ríos, M. (2014). Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en el daño cerebral adquirido (II): funciones ejecutivas, modificación de conducta y psicoterapia, y uso de nuevas tecnologías. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Igor\\_Bombin2/publication/49683063\\_Effectiveness\\_of\\_neuropsychological\\_rehabilitation\\_in\\_acquired\\_brain\\_injury\\_II\\_Executive\\_functions\\_behavioural\\_modification\\_and\\_psychotherapy\\_and\\_the\\_use\\_of\\_the\\_new\\_tec](https://www.researchgate.net/profile/Igor_Bombin2/publication/49683063_Effectiveness_of_neuropsychological_rehabilitation_in_acquired_brain_injury_II_Executive_functions_behavioural_modification_and_psychotherapy_and_the_use_of_the_new_tec)

hnologies/links/0fcfd5003c87d2e6f4000000/Effectiveness-of-neuropsychological-rehabilitation-in-acquired-brain-injury-II-Executive-functions-behavioural-modification-and-psychotherapy-and-the-use-of-the-new-technologies.pdf

- Diann, K. (2018). Generative fatherhood and children's future civic engagement: A conceptual model of the relationship between paternal engagement and child's developing prosocial skills. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. Recuperado de <https://www.tandfonline.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/doi/full/10.1080/10911359.2017.1418469?scroll=top&needAccess=true>
- Eisenbarth, H., Demetriou, C., Kyrandides, M. & Fanti, K. (2016). Stability subtypes of callous-unemotional traits and conduct disorder symptoms and their correlates. *Journal of youth and adolescence*, 45. Recuperado de <https://link.springer.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/article/10.1007/s10964-016-0520-4>
- Elizur, Y. & Somech, L. (2018). Callous-Unemotional Traits and Effortful Control Mediate the Effect of Parenting Intervention on Preschool Conduct Problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10802-018-0412-z>
- Enseñat, A. & Picó, N. (2011). Evaluación y rehabilitación neuropsicológica infantil. *Rehabilitación Neuropsicológica. Intervención y Práctica Clínica*.
- Erskine, H., Norman, R., Ferrari, A., Chan, G., Copeland, W., Whiteford, H. & Scott, J. (2016). Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Recuperado de doi: 10.1016/j.jaac.2016.06.016
- Fairchild, G., Toschi, N., Hagan, C., Goodbye, I., Calder, A. & Passamonti, L. (2015). Cortical thickness, surface area, and folding alterations in male youths with conduct disorder and varying levels of callous-unemotional traits. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2015.04.018>
- Fairchild, G., Passamonti, L., Hurford, G., Hagan, C., von dem Hagen, E., van Goozen, S.,... & Calder, A. (2011). Brain structure abnormalities in early-onset and adolescent-onset conduct disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 168(6). Recuperado de <https://search.proquest.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/docview/889599231?accountid=36555>
- Fanti, K. (2018). Understanding heterogeneity in conduct disorder: A review of psychophysiological studies. *Neuroscience & Biobehavioral reviews*. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/science/article/pii/S0149763416300793>
- Fanti, K. (2016). Understanding heterogeneity in conduct disorder: A review of psychophysiological studies. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763416300793?via%3Dihub>

- Fanti, K., Panayiotou, G., Chrysostomos, L., Michael, R. & Georgiou, G. (2016). The better of two evils? Evidence that children exhibiting continuous conduct problems high or low on callous–unemotional traits score on opposite directions on physiological and behavioral measures of fear. *Development and Psychopathology*. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/better-of-two-evils-evidence-that-children-exhibiting-continuous-conduct-problems-high-or-low-on-callousunemotional-traits-score-on-opposite-directions-on-physiological-and-behavioral-measures-of-fear/812682CA6F32592BD1D0E7D7AE7B1B0D/core-reader#>
- Fares, N. (2016). Rehabilitación neuropsicológica en el maltrato infantil. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/37626/1/T37199.pdf>
- Fernández, C. & Baptista, L. (2014). Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. *Metodología de la Investigación* (pp. 1-20). México D.F.: Mc Graw Hill Education.
- Fenollar, J., Navarro, I., González, C. & Sevilla, J. (2015). Detección de perfiles cognitivos mediante WISC-IV en niños diagnosticados de TDAH: ¿Existen diferencias entre subtipos?. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/175/17532968009/>
- Flook, L., Goldberg, S., Pinger, L., & Davidson, R. (2015). Promoting prosocial behavior and self-regulatory skills in preschool children through a mindfulness-based kindness curriculum. *Developmental Psychology*. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0038256>
- Frick, P. & Dickens, C. (2006). Current perspective on conduct disorder. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11920-006-0082-3>
- Frick, P., Ray, V., Thornton, L. & Kahn, R. (2014). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and Adolescents? A Comprehensive review. American Psychological Association. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/a0033076>
- García, A. (2016). Rehabilitación neuropsicológica en personas con ictus. Recuperado de <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/5168>
- García, T., González, P., Areces, D., Cueli, M. & Rodríguez, C. (2015). Executive functions in children and adolescents: the types of assessment measures used and implications for their validity in clinical and educational contexts. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Celestino\\_Rodriguez/publication/286105142\\_Executive\\_functions\\_in\\_children\\_and\\_adolescents\\_The\\_types\\_of\\_assessment\\_measures\\_used\\_and\\_implications\\_for\\_their\\_validity\\_in\\_clinical\\_and\\_educational\\_contexts/links/583c0c2e08aef00f3bfea160/Executive-functions-in-children-and-adolescents-The-types-of-assessment-measures-used-and-implications-for-their-validity-in-clinical-and-educational-contexts.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Celestino_Rodriguez/publication/286105142_Executive_functions_in_children_and_adolescents_The_types_of_assessment_measures_used_and_implications_for_their_validity_in_clinical_and_educational_contexts/links/583c0c2e08aef00f3bfea160/Executive-functions-in-children-and-adolescents-The-types-of-assessment-measures-used-and-implications-for-their-validity-in-clinical-and-educational-contexts.pdf)

- Gao, Y., Chen, H., Jia, H., Ming, Q., Yi, J. & Yao, S. (2015). Dysfunctional feedback processing in adolescent males with conduct disorder. *International Journal of Psychophysiology*. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167876015300507>
- González, A., Bonilla, J., Vargas, E. & Cala, D. (2016). Lenguaje y funciones ejecutivas en niños con factores de riesgo para el trastorno disocial. *Revista Mexicana de Neurociencia*. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=874fdb05-b3a1-4c9b-866b-77b416187f67%40pdc-v-sessmgr02>
- Griffiths, A., & Hart, S. (2016). *Conduct disorder*. Bethesda: National association of school psychologists. Recuperado de <https://search.proquest.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/docview/1833118820?accountid=36555>
- Gross, J., Stern, J., Brett, B., & Cassidy, J. (2017). The multifaceted nature of prosocial behavior in children: Links with attachment theory and research. *Social Development*, 26(4). Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/ehost/detail/detail?vid=0&sid=4bcee78-5552-48bd-8226-704780a289d9%40pdc-v-sessmgr03&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=125541558&db=a9h>
- Gualternos, S. (2012). Presentación del BASC-2 [Imagen]. Recuperado de <https://prezi.com/1rsfbszo2c17/presentacion-del-basc-2/>
- Guàrdia, J., Però, M. & Gudayol, E. (2015). Neuropsychological rehabilitation and quality of life: A meta-analysis. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1653070278/fulltextPDF/6DDE223EC632499C/PQ/1?accountid=36555>
- Guerrero, G. & García, A. (2015). Plataformas de rehabilitación neuropsicológica: Estado actual y líneas de trabajo. Recuperado de [https://www.sciencedirect.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/science/article/pii/S0213485313001618?\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_origin=gateway&\\_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb&ccp=y](https://www.sciencedirect.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/science/article/pii/S0213485313001618?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb&ccp=y)
- Gülseven, Z., Carlo, G., Streit, C., Kumru, A., Selçuk, B., & Sayıl, M. (2017). Longitudinal relations among parenting daily hassles, child rearing, and prosocial and aggressive behaviors in Turkish children. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/sode.12247>
- Hale, K. (2015). Neuropsychological rehabilitation specific to anorexia nervosa: a critical review of the literature on executive functioning symptomatology and cognitive remediation treatment applications tailored to this patient population. *Universidad Pepperdine*. Recuperado de

<https://search.proquest.com/pagepdf/1697922601/fulltextPDF/D79D04DDBA254B16PQ/1?accountid=36555>

- Haller, J. (2018). Preclinical models of conduct disorder-principles and pharmacologic perspective. Elsevier. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.05.032>
- Hämäläinen, P. & Rosti, E. (2014). Is neuropsychological rehabilitation effective in multiple sclerosis?. *Neurodegenerative Disease Management*. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1524833199?pq-origsite=summo>
- Haney, E. Caprihan, A. & Stevens, M. (2014). DTI-measured white matter abnormalities in adolescent with conduct disorder. *Journal of Psychiatric Research*. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395613003075>
- Hernández, O., Espada, J. & Guillén, R. (2016). Relationship of the prosocial behaviour, the problem-solving skills and the use of drugs amongst adolescents. *Anales De Psicología*, 32(2). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.204941>
- Heutink, J., Indorf, D. & Coder, C. (2018). The neuropsychological rehabilitation of visual agnosia and Balint's syndrome. Recuperado de <https://doi.org.ezbiblio.usfq.edu.ec/10.1080/09602011.2017.1422272>
- Holleman, M., Vink, M., Nijland, R. & Schmand, B. (2016). Effects of intensive neuropsychological rehabilitation for acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 28:4. 10.1080/09602011.2016.1210013
- Houghton, S., Carroll, A., Zadow, C., Sanders, E., Hattie, J. & Lynn, S. (2017). Treating children with early-onset conduct problems and callous-unemotional traits: an empirical evaluation of KoolKIDS. *Emotional and Behavioural Difficulties*. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13632752.2017.1301646>
- Huiracochat, L. (2011). Factores asociados a problemas de conducta en preescolares. Cuenca. 2011. Recuperado de <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/45/48>
- Jiang, Y., Guo, X., Zhang, J., Gao, J., Wang, X., Situ, W., . . . Huang, B. (2015). Abnormalities of cortical structures in adolescent-onset conduct disorder. *Psychological Medicine*, 45(16). Recuperado de <doi:http://dx.doi.org.ezbiblio.usfq.edu.ec/10.1017/S0033291715001361>
- Johnson, V., Kemp, A., Heard, R., Lenning, C. & Hickie, I. (2015). Childhood-versus adolescent-onset antisocial youth with conduct disorder: Psychiatric illness neuropsychological and psychosocial function. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4383334/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4383334/>

- Kanchan, A., Singh, A., Khan, N., Jahan, M., Raman, R., & Sathyanarayana Rao, T. (2018). Impact of neuropsychological rehabilitation on activities of daily living and community reintegration of patients with traumatic brain injury. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(1). Recuperado de [doi:http://dx.doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_118\\_17](http://dx.doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_118_17)
- Klapwijk, E., Aghajani, M., Colins, O., Marijnissen, G., Popma, A., van Lang, N., ... Vermeiren, R. (2015). Different brain responses during empathy in autism spectrum disorders versus conduct disorder and callous-unemotional traits. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jcpp.12498>
- Knafo, A., Vertsberger, D. & Israel, S. (2018). Genetic and environmental contributions to children's prosocial behavior: brief review and new evidence from a reanalysis of experimental twin data. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.013>
- Kyranides, M., Fanti, K., Katsimicha, E. & Georgion, G. (2018). Preventing conduct disorder and callous unemotional traits: Preliminary results of a school based pilot training program. Springer. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/313231823\\_Preventing\\_Conduct\\_Disorder\\_and\\_Callous\\_Unemotional\\_Traits\\_Preliminary\\_Results\\_of\\_a\\_School\\_Based\\_Pilot\\_Training\\_Program](https://www.researchgate.net/publication/313231823_Preventing_Conduct_Disorder_and_Callous_Unemotional_Traits_Preliminary_Results_of_a_School_Based_Pilot_Training_Program) [accessed Feb 22 2018].
- Lacunza, A. (2012). Las habilidades sociales y el comportamiento prosocial infantil desde la psicología positiva. Recuperado de <http://revistas.ubiobio.cl/index.php/RP/article/view/1831/1775>
- Lafortune, D. & Meilleur, D. (2014). Medically defining, screening, and treating conduct disorder: a french controversy. *Journal of Child and Family Studies*, 23. Recuperado de <https://link.springer.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/article/10.1007/s10826-013-9774-6>
- Lattore, A., Teruel, J. & Biserro, D. (2010). Trastorno de conducta. Estrategias de intervención y casos prácticos. Universidad de Valencia. Recuperado de <http://www.digitaliapublishing.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/visor/35201>
- Lemos, L., Espírito-Santo, H., Simões, S., Silvia, F., Galhardo, J., Oliveira, M., Costa, M... & Daniel, F. (2016). Neuropsychological group rehabilitation program with institutionalized elderly. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.588>
- Lemos, V., Hendrie, K. & Oros, L. (2015). Simpatía y conducta prosocial en niños de 6 a 7 años. *Revista Psicológica*. Recuperado de [http://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/13675/CONICET\\_Digital\\_Nro.15853.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/13675/CONICET_Digital_Nro.15853.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- López, J., Llano, J., Sánchez, M., Sanguino, R., & Alberola, S. (2012). Disruptive behavior disorders: Multidimensional analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(3), 405-417. Recuperado de

<https://search.proquest.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/docview/1038827046?accountid=36555>

- Mäntynen, A., Rosti, E. & Hämäläinen, P. (2014). Neuropsychological rehabilitation should not aim only at better cognitive task scores: a reply to the letter of Cerasa, Tomaiuolo and Quattrone. *Multiple Sclerosis Journal*, 20 (1). Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1468884971?pq-origsite=summon>
- Mäntynen, A., Rosti, E., Koivisto, K., Lilja, A., Huhtala, H. & Hämäläinen, P. (2014). Neuropsychological rehabilitation does not improve cognitive performance but reduces perceived cognitive deficits in patients with multiple sclerosis: a randomised, controlled, multi-centre trial. *Multiple Sclerosis Journal*, 20 (1). Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1468896148?pq-origsite=summon>
- Martínez, A. & Aguilar, O. (2014). Caracterización y efectividad de programas de rehabilitación neuropsicológica de las funciones ejecutivas en pacientes con daño cerebral adquirido: una revisión. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/5908/8754>
- Martínez, A., Aguilar, O., Martínez, S. & García, D. (2013). Caracterización y efectividad de programas de rehabilitación neuropsicológica de las funciones ejecutivas en pacientes con daño cerebral adquirido: una revisión. Recuperado de <https://search.proquest.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/docview/1771625181/abstract/C0D6843EF8704A0CPQ/1?accountid=36555>
- Maya, J. (2015). Funciones ejecutivas y su influencia en el comportamiento disocial de los adolescentes de la Fundación Granja Don Bosco. *Universidad Técnica de Ambato*. Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/10333/1/Maya%20Cox%2c%20Jeannette%20Alexandra.pdf>
- Meléndez, Y., & Cabrera, N., & Baldovino, J., & Díaz, P. (2017). Conducta disocial en niños y adolescentes de Santiago de Tolú-Colombia. *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 13 (38), 73-85.
- Mendes, P. (2018). Los movimientos oculares como medida de control ejecutivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Pedro\\_Joel\\_Rosa/publication/327139076\\_Los\\_movimientos\\_oculares\\_como\\_medida\\_de\\_control\\_ejecutivo\\_en\\_ninos\\_con\\_trastorno\\_por\\_deficit\\_de\\_atencion\\_con\\_hiperactividad/links/5b7c1190299bf1d5a719cf4f/Los-movimientos-oculares-como-medida-de-control-ejecutivo-en-ninos-con-trastorno-por-deficit-de-atencion-con-hiperactividad.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Joel_Rosa/publication/327139076_Los_movimientos_oculares_como_medida_de_control_ejecutivo_en_ninos_con_trastorno_por_deficit_de_atencion_con_hiperactividad/links/5b7c1190299bf1d5a719cf4f/Los-movimientos-oculares-como-medida-de-control-ejecutivo-en-ninos-con-trastorno-por-deficit-de-atencion-con-hiperactividad.pdf)
- Monguí, Z., & Rey, C. (2015). Evaluación de la efectividad del programa del pensamiento prosocial en adolescentes colombianos con trastorno disocial: Un estudio Piloto/Evaluation of effectiveness of reasoning and rehabilitation program in colombian adolescents with conduct disorder: A pilot study. *Revista De Psicología GEPU*, 6(1). Recuperado de

<https://search.proquest.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/docview/1829499984?accountid=36555>

- Moreno, J., & Utria, E. (2011). Caracterización de los programas de tratamiento cognitivo-conductual para el manejo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá entre 2002 y 2008. *Psicología desde el Caribe*, (28). Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-417X2011000200004&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2011000200004&lng=en&tlng=es).
- Mulas, F. & Roca, P. (2018). Concordancias entre los trastornos del espectro del autismo y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Recuperado de <https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/bts01s091.pdf>
- Muratori, P., Milone, A., Manfredi, A., Polidori, L., Ruglioni, L., Lambruschi, F. ... y Lochman, J. (2017). Evaluation of improvement in externalizing behaviors and callous-unemotional traits in children with disruptive behavior disorder: A 1-year follow up clinic-based study. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26008901>
- Negrete, D. (2011). Trastornos de conducta en los hijos de padres emigrantes del colegio "Mariano Suarez Veintimilla" de la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura del año lectivo 2010-2011. Recuperado de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1186/2/TESIS%20COMPLETA.pdf>
- Nehra, A., Bajpai, S., Sinha, S., & Khandelwal, S. (2014). Holistic neuropsychological rehabilitation: Grief management in traumatic brain injury. *Annals of Neurosciences*, 21(3). Recuperado de <https://search.proquest.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/docview/1676583841?accountid=36555>
- Njomboro, P. (2017). Social cognition deficits: Current position and future directions for neuropsychological interventions in cerebrovascular disease. *Behavioural Neurology*. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1919443760/fulltextPDF/A898CB78BC644C17PQ/1?accountid=36555>
- NICE. (2017). Antisocial behavior and conduct disorders in children and young people: recognition and management. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/chapter/introduction>
- Norberg, J. (2010). The historical foundations of conduct disorders: Historical context, theoretical explanations, and interventions. Recuperado de <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30539/historyofxconducxdisorderxjermundnorberg.pdf?sequence=2>

- Nunes, S., Faraco, A., & Vieira, M. (2013). Attachment and parental practices as predictors of behavioral disorders in boys and girls. *Paideía*, 23(56). Recuperado de doi:<http://dx.doi.org.ezbiblio.usfq.edu.ec/10.1590/1982-43272356201311>
- Ortuño, J., Fonseca, E., Sastre, S. & Muñoz, J. (2017). Patterns of behavioural and emotional difficulties through adolescence: The influence of prosocial Skills. *Anales de Psicología*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.33.1.225031>
- Parsons, T. (2016). Neuropsychological Rehabilitation 3.0: State of the Science. *Clinical Neuropsychology and Technology*. Springer. Recuperado de [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-31075-6\\_7#citeas](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-31075-6_7#citeas)
- Pasalich, D., Witkiewitz, K., McMahon, R. & Pinderhughes, E. (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. Recuperado de <https://doi.org.ezbiblio.usfq.edu.ec/10.1007/s10802-015-0059-y>
- Patiño, F. (2016). Prevalencia de trastornos conductuales y factores asociados en los niños/as hospitalizados en el servicio de pediatría Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2014 (Tesis de especialización). Universidad de Cuenca. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23614/1/tesis.pdf>
- Pereira, T., Coutinho, M. & Pereira, Z. (2013). Multimodal analysis of estimated and observed social competence in preschoolers With/Without behavior problems. *Paideía*, 23(55). Recuperado de doi:<http://dx.doi.org.ezbiblio.usfq.edu.ec/10.1590/1982-43272355201307>
- Pérez, M., Molina, D. & Gómez, M. (2016). La intervención neuropsicológica en el tratamiento interdisciplinario para el TDAH. *Neuropsicológica Clínica*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/David\\_Molina6/publication/311574474\\_La\\_Intervencion\\_Neuropsicologica\\_en\\_el\\_Tratamiento\\_Interdisciplinar\\_para\\_el\\_TDAH/links/584e237308aeb6bd8c9bdf5/La-Intervencion-Neuropsicologica-en-el-Tratamiento-Interdisciplinar-para-el-TDAH.pdf](https://www.researchgate.net/profile/David_Molina6/publication/311574474_La_Intervencion_Neuropsicologica_en_el_Tratamiento_Interdisciplinar_para_el_TDAH/links/584e237308aeb6bd8c9bdf5/La-Intervencion-Neuropsicologica-en-el-Tratamiento-Interdisciplinar-para-el-TDAH.pdf)
- Pérez, M.m Ruz, A., Barrera, K. & Moo, J. (2018). Medidas directas e indirectas de las funciones ejecutivas en niños con trastorno de espectro autista. *Scielo*. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0186-23912018000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0186-23912018000100013&script=sci_arttext)
- Pertínez, G. & Linares, A. (2013). Plataformas de rehabilitación neuropsicológica: estado actual y líneas de trabajo. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2013.06.015>
- Piché, G., Huynh, C., Clément, M. & Durrant, J. (2016). Predicting externalizing and prosocial behaviors in children from parental use of corporal punishment. *Infant and Child Development*, 26(4). Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=39683025-ce1d-44fc-b79b->

ac04d356f83a%40sessionmgr4008&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=132015123&db=a9h

- Pijper, J., Wied, M., van Rijn, S., van Goozen, S., Swaab, H. & Meeus, W. (2018). Executive attention and empathy-related responses in boys with oppositional defiant disorder or conduct disorder, with and without comorbid anxiety disorder. *Child Psychiatry & Human Development*. Recuperado de [10.1007/s10578-018-0810-z](https://doi.org/10.1007/s10578-018-0810-z)
- Pilling, S., Gould, N., Whittington, C., Taylor, C & Scott, S. (2013). Recognition, intervention, and management of antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: summary of NICE-SCIE guidance. Recuperado de <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f1298>
- Pisano, S., Muratori, P., Gorga, C., Levantini, V., Iuliano, R., Catone, G, Coppola, G., Milone, A. & Masi, G. (2017). Conduct disorders and psychopathy in children and adolescents: aetiology, clinical presentation and treatment strategies of callous-unemotional traits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *58*(1), 1-11. Recuperado de [10.1111/jcpp.12552](https://doi.org/10.1111/jcpp.12552)
- Pitts, C. H., & Mervis, C. B. (2016). Performance on the Kaufman Brief Intelligence Test-2 by children with Williams Syndrome. *American Journal on Intellectual & Developmental Disabilities*, *121*(1). Recuperado de <https://doi.org/10.1002/ajid.1211>
- Portellano, J., Martínez, R. & Zumárraga, L. (2011). Manual ENFEN. Evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas en niños. Madrid: TEA. Recuperado de [http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/ENFEN\\_Extracto\\_Manual.pdf](http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/ENFEN_Extracto_Manual.pdf)
- Portellano, J., Ramírez, J. & Fares, N. (2015). Rehabilitación neuropsicológica en el maltrato infantil. (Tesis Doctoral). Catálogo Cisne Biblioteca Complutense. Recuperado de <https://ucm.on.worldcat.org/oclc/1050991620>
- Puzzo, I., Seunarine, K., Sully, K., Darekar, A., Clark., ... Fairchild. (2018). Altered white-matter microstructure in conduct disorder is specifically associated with elevated callous-unemotional trait. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *46*. Recuperado de <https://link.springer.com/10.1007/s10802-017-0375-5>
- Raghaven, J. (2015). Clarification in the nosology of conduct disorder. Recuperado de <https://search.proquest.com/1752182983?pq-origsite=summon>
- Ramos, C. (2018). Análisis neuropsicológico de un caso con alteración de la función ejecutiva: El proceso de rehabilitación. *Secuelas Neuropsicológicas en el Daño Cerebral Adquirido: Análisis de casos*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Carlos\\_Ramos-Galarza/publication/327200320\\_Secuelas\\_Neuropsicologicas\\_en\\_el\\_Dano\\_Cerebral\\_Adquirido\\_Analisis\\_de\\_Casos/links/5b7f7b7d299bf1d5a723c92a/Secuelas-Neuropsicologicas-en-el-Dano-Cerebral-Adquirido-Analisis-de-Casos.pdf#page=172](https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Ramos-Galarza/publication/327200320_Secuelas_Neuropsicologicas_en_el_Dano_Cerebral_Adquirido_Analisis_de_Casos/links/5b7f7b7d299bf1d5a723c92a/Secuelas-Neuropsicologicas-en-el-Dano-Cerebral-Adquirido-Analisis-de-Casos.pdf#page=172)

- Rantanen, K., Vierikko, E. & Nieminen, P. (2018). Effects of the EXAT neuropsychological multilevel intervention on behavior problems in children with executive functions deficits. *Scandinavian Journal of Psychology*. Recuperado de [10.1111/sjop.12468](https://doi.org/10.1111/sjop.12468)
- Redondo, J., Inglés, C. & García, J. (2014). Conducta prosocial y atribuciones académicas en educación secundaria obligatoria. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.148331>
- Restrepo, J., Arana, C., Alvis, A., Gómez, A. & Hoyos, E. (2015). Relación entre cognición social y funciones ejecutivas en niños con trastorno negativista desafiante. Recuperado de doi: 10.21865/RIDEP42\_49
- Restrepo, M. (2015). Test breve de inteligencia de Kaufman [Imagen]. Recuperado de <https://prezi.com/zk4qyaudpm3g/test-breve-de-inteligencia-de-kaufman/>
- Rey, C., Monguí, Z. & Paitán, L. (2015). Diferencias entre adolescentes con trastorno disocial de inicio infantil e inicio adolescente. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1731567252?pq-origsite=summon>
- Rey, C. (2010). Trastorno Antisocial: Evaluación, tratamiento y prevención de la conducta antisocial en niños y adolescentes. El manual moderno.
- Richaud, M. & Mesurado, B. (2016). Las emociones positivas y la empatía como promotores de las conductas prosociales e inhibidores de las conductas agresivas. *Acción Psicológica*. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/17808/16160>
- Rodríguez, C., Jiménez, J., Díaz, A., García, E., Martín, R. & Hernández, S. (2012). Datos normativos para el Test de los Cinco Dígitos: desarrollo evolutivo de la flexibilidad en educación primaria. *European Journal of Education and Psychology*. Recuperado de [https://www.google.com.ec/search?q=FDT+\(Test+de+los+Cinco+D%C3%ADgitos\)&oq=FDT+\(Test+de+los+Cinco+D%C3%ADgitos\)&aqs=chrome..69i57j0.278j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8#](https://www.google.com.ec/search?q=FDT+(Test+de+los+Cinco+D%C3%ADgitos)&oq=FDT+(Test+de+los+Cinco+D%C3%ADgitos)&aqs=chrome..69i57j0.278j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8#)
- Rosti, E., Mäntynen, A., Koiivisto, K., Huhtala, H. & Hämäläinen, P. (2014). Predictors and impact of the working. Alliance in the neuropsychological rehabilitation of patient with multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 38. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jns.2013.12.039>
- Rubio, J., & Giménez, A. (2012). Detección e intervención en el aula de los trastornos de conducta/ (detection and intervention in the classroom of behaviour disorders). *Educación XX1*, 15(2), 185-212. Recuperado de <https://search.proquest.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/docview/1114880486?accountid=36555>
- Ruvalcaba, N., Salazar, E. & Gallegos, J. (2012). Competencias socioemocionales y variables sociodemográficas asociadas a conductas disociales en adolescentes mexicanos. *Revista CES Psicología*, 5(1), 1-10. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539529002.pdf>

- Salvatore, J & Dick, D. (2018). Genetic influence on conduct disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 91. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.06.034>
- Santander, O. (2016). Problemas de conducta en el aula, relaciones entre la integración sensorial, problemas de la atención y la conducta. *Revista de Psicología GEPU*. Recuperado de <https://search.proquest.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/docview/1927149432?pq-origsite=summon>
- Sañay, C. & Villacres, R. (2014). Rehabilitación neuropsicológica en el deterioro cognitivo de pacientes con diabetes mellitus tipo II del instituto ecuatoriano de seguridad social Riobamba periodo noviembre 2013-Abril 2014. (Tesis de doctorado. Universidad Nacional de Chimborazo. Chimborazo, Ecuador). Recuperado de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1180/1/UNACH-EC-PSC.CLIN-2014-0004.pdf>
- Sarason, I. & Sarason, B. (1996). *Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. Estado de México.
- Schoorl, J., Van, S., De Wied, M., Van, S. & Swaab, H. (2016). Variability in emotional/behavioral problems in boys with oppositional defiant disorder or conduct disorder: the role of arousal. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25. Recuperado de <https://link.springer.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/article/10.1007/s00787-015-0790-5>
- Serrano, C., Prieto, D., Yañez, M. (2018). Intervención neuropsicológica en un caso de una niña con Síndrome de Williams. *Panamerican Journal of Neuropsychology*.
- Smeets, S., Vink, M., Ponds, R., Winkens, I. & van Heugten, C. (2017). Changes in impaired self-awareness after acquired brain injury in patients following intensive neuropsychological rehabilitation, *Neuropsychological Rehabilitation*, 27:1. Recuperado de doi: 10.1080/09602011.2015.1077144
- Solis, V. & Quijano, M. (2014). Rehabilitación neuropsicológica en un caso de TDAH con predominio impulsivo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 9. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179331012005.pdf>
- Sterzer, P., Stadler, C., Poustka, F., & Kleinschmidt, A. (2007). A structural neural deficit in adolescents with conduct disorder and its association with lack of empathy. *NeuroImage*, 37(1). Recuperado de [doi:http://dx.doi.org.ezbiblio.usfq.edu.ec/10.1016/j.neuroimage.2007.04.043](http://dx.doi.org.ezbiblio.usfq.edu.ec/10.1016/j.neuroimage.2007.04.043)
- Suárez, N., Quiroz, N., Monachello, F., & De Los Reyes, C. (2016). Rehabilitación neuropsicológica infantil: de la teoría a la práctica médica. *Archivos de Medicina (Col)*, 16 (2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2738/273849945023/>

- Tapia, K. (2017). Rehabilitación neuropsicológica en personas con síndrome de Prader-Willi. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11181/5431>
- Theule, J., Germain, S., Cheung, Hurl, E & Markel, C. (2016). Conduct Disorder/Oppositional Defiant disorder and attachment: A Meta-Analysis. Recuperado de <https://link.springer.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/article/10.1007%2Fs40865-016-0031-8#Sec3>
- Theule, J., Germain, S., Cheung, K. & Hurl, C. (2016). Conduct disorder/Oppositional defiant disorder and attachment: A meta-analysis. *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, 2: 232. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s40865-016-0031-8>
- Tian, L., Zhang, X., & Huebner, E. S. (2018). The effects of satisfaction of basic psychological needs at school on children's prosocial behavior and antisocial behavior: The mediating role of school satisfaction. *Frontiers in psychology*, 9, 548. Recuperado de [doi:10.3389/fpsyg.2018.00548](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00548)
- Tirapu, J., García, A., Ríos, M. & Pelegrín, C. (2011). Funciones ejecutivas. Rehabilitación Neuropsicológica. *Intervención y Práctica Clínica*.
- Vaccaro, A., Cusmai, A., Catania, A., Zoppellaro, C. & Manfrin, F. (2016). Neurological rehabilitation training in residential mental health services. *European Psychiatry*, 33. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.1344>
- Vlagma, T., Koerts, J., Fasotti, L., Tucha, O., van Laar, T., Dijkstra H. & Spikman, J. (2016). Parkinson's patients' executive profile and goals they set for improvement: Why is cognitive rehabilitation not common practice?, *Neuropsychological Rehabilitation*, 26:2. Recuperado de [doi: 10.1080/09602011.2015.1013138](https://doi.org/10.1080/09602011.2015.1013138)
- Vásquez, E. (2017). Estudio de las conductas prosociales en niños de San de Pasto. *Psicogente*, 20(38). Recuperado de <http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2549>
- Viglas, M. & Perlman, M. (2018). Effects of mindfulness-based program on young children's self-regulation, prosocial behavior and hyperactivity. *Journal of Child and Family Studies*. Recuperado de <https://doi.org.ezbiblio.usfq.edu.ec/10.1007/s10826-017-0971-6>
- Villanueva, C., & Ríos, Á. (2018). Factores protectores y de riesgo del trastorno de conducta y del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Una revisión sistemática. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(1). Recuperado de [doi: 10.5944/rppc.vol.23.num.1.2018.19758](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.1.2018.19758)
- Wallace, G., White, S., Robustelli, B., Sinclair, S., Hwang, S., Martin, A. & Blair, J. (2015). Cortical and subcortical abnormalities in youths with conduct disorder and elevated callous-unemotional traits. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.12.008>

- Warren, W. (1951). Conduct disorders in children aged five to fifteen years. *The british journal of delinquency*, 1(3). Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/23639903>
- Xiao, S., Spinrad, T., & Carter, D. (2018). Parental emotion regulation and preschoolers' prosocial behavior: The mediating roles of parental warmth and inductive discipline. *The Journal of Genetic Psychology*. Recuperado de [doi:10.1080/00221325.2018.1495611](https://doi.org/10.1080/00221325.2018.1495611)
- Zhou, J., Yao, N., Fairchild, G., Cao, X., Zhang, Y., Xiang, Y., Zhang, L. & Wang, X. (2015). Disrupted default mode network connectivity in male adolescents with conduct disorder. *Brain Imaging and Behavior*. [10.1007/s11682-015-9465-6](https://doi.org/10.1007/s11682-015-9465-6)

**ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES****SOLICITUD DE INFORMACIÓN PARA CLÍNIAS, HOSPITALES,  
CENTROS PSIQUIÁTRICOS Y EQUIPO DE SALUD MENTAL**

Quito, día/mes/año  
Señor Director de  
Presente.-

De mi consideración:

Yo, Lizeth Gabriela Barreno Caicedo, con cédula de identidad, estudiante de la Universidad San Francisco de Quito de la carrera de Licenciatura de Psicología que pertenece al Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades. Al momento me encuentro realizando mi trabajo de titulación, requisito indispensable para la obtención de mi título universitario. El tema que he escogido para esta investigación es Administración de rehabilitación neuropsicológica en casos de niños y niñas, de edades de 7 a 10 años de edad, con diagnóstico de trastorno de conducta con emociones prosociales limitadas. Motivo por el cual le solicito de la manera más comedida si sería posible que usted brinde el conocimiento del presente estudio a los representantes y a las familias que puedan tener un hijo o hija con el diagnóstico de interés. En el caso de que exista interés por parte de los representantes, podría darles mi contacto con la finalidad de coordinar una entrevista.

La información recaudada será el primer paso para acceder a los datos de interés, los mismos que se analizarán para posteriormente concluir el impacto de este tipo de tratamiento. Este tratamiento ha mostrado tener influencia positiva en los trastornos físicos y psicológicos a los que se ha aplicado, evidenciando una considerable mejoría de los síntomas y de la calidad de vida de quien se ha expuesto. Es por ello que se espera obtener el mismo efecto en esta investigación, dando partida a una intervención que podría ser de gran ayuda en el tratamiento de niños y niñas con trastorno de conducta con emociones prosociales limitadas, en su recuperación y progreso; pero también proyectando un beneficio para sus familia, sus amigos y la sociedad en general.

Por la atención a esta solicitud, estaré muy agradecida

Atentamente,

Lizeth Gabriela Barreno Caicedo  
C.C.



## SOLICITUD A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “ ”

Quito, día/mes/año  
Señor Director de  
Presente.-

De mi consideración:

Yo, Lizeth Gabriela Barreno Caicedo, con cédula de identidad, estudiante de la Universidad San Francisco de Quito de la carrera de Licenciatura de Psicología que pertenece al Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades. Al momento me encuentro realizando mi trabajo de titulación, requisito indispensable para la obtención de mi título universitario. El tema que he escogido para esta investigación es Administración de rehabilitación neuropsicológica en casos de niños y niñas, de edades de 7 a 10 años de edad, con diagnóstico de trastorno de conducta con emociones prosociales limitadas.

Motivo por el cual le solicito de la manera más atenta su colaboración y de todo el equipo de la institución que se encuentre a cargo de la educación del niño/niña que formará parte de la investigación, puesto que su participación activa será de crucial valor en la intervención y afectarán los resultados posteriores. Resultados que se esperarán que sea favorecedores darán un paso hacia la investigación y tratamiento eficaz a este trastorno y conllevado beneficios a todos los entornos, nucleares y lejanos, en los que el estudiantes se desempeña.

Por la atención a esta solicitud, estaré muy agradecida

Atentamente,

Lizeth Gabriela Barreno Caicedo  
C.C

## ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Universidad San Francisco de Quito**  
El Comité de Revisión Institucional de la USFQ  
The Institutional Review Board of the USFQ

### Formulario Consentimiento Informado

**Título de la investigación:** Intervención de rehabilitación neuropsicológica para trastorno de conducta con habilidades prosociales limitadas con inicio en la infancia.

**Organización del investigador:** Universidad San Francisco de Quito

**Nombre del investigador principal** Lizeth Gabriela Barreno Caicedo

**Datos de localización del investigador principal** 2331321, 0997205566 y lbarreno@estud.usfq.edu.ec

#### DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

**Introducción** (Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)

El presente estudio tiene como objetivo identificar si la intervención de rehabilitación neuropsicológica tendría un impacto en las habilidades prosociales presentadas por en el trastorno de conducta con emociones prosociales limitadas. Su representado ha sido escogido para ser parte de este estudio, ya que cumple con los criterios de edad y el diagnóstico. Usted debe comprender de una manera clara el procedimiento a seguir, por lo cual todas las dudas deberán ser satisfechas de manera exitosa. No hay un tiempo límite para que responda y puede consultar a familiares y colegas sobre la participación del menor de edad.

**Propósito del estudio** (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

La investigación administrará una intervención de rehabilitación neuropsicológica que propone la mejora de las funciones ejecutivas y conductas prosociales en base a ejercicios de funciones ejecutiva; modificación de la conducta y del ambiente; y de habilidades sociales. Se administrará a 30 participantes.

**Descripción de los procedimientos** (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

En la intervención tiene una duración de 6 meses. Habrá la participación de 30 niños y niñas de las edades de 7 a 10 años, los cuales deben tener firmado un consentimiento informado por sus representantes. Cada participante requeriría de una verificación de su diagnóstico. La terapia constará de cuatro etapas en las que se realizarán actividades para reforzar ciertas funciones y habilidades. La participación de la familia es crucial como supervisor y como guía del paciente, de la misma manera la institución educativa debe modificar sus reglas hacia el entorno que propone el la rehabilitación. Se incluirán terapias individuales, grupales y deberes para la casa.

**Riesgos y beneficios** (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Al estar en contacto constante con otros niños y niñas durante las terapias grupales va a existir la probabilidad de conflictos verbales y físicos entre los niños y niñas.

**Confidencialidad de los datos** (se incluyen algunos ejemplos de texto)

Este estudio se rige por las normas de bioética que garantiza la confidencialidad de los datos de los participantes, es por ello que se tomarán las siguientes medidas:

- 1) Cada uno de los participantes será identificado con un código, por tal razón no se guardarán sus datos y resultados con un nombre.
- 2A) La información recolectada podrá ser guarda para el uso en estudios posteriores, solo si el representante del participante lo solicita, en caso contrario esta información será eliminada.
- 2B) En el caso guardar la información, se borrará toda información por la que se pueda identificar al participante.
- 3) En nombre ni ningún dato que no sea relevante para los resultados se publicarán.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

**Derechos y opciones del participante** (se incluye un ejemplo de texto)

Usted tiene la decisión voluntaria de negar la participación de su representado en la investigación, para lo cual deberá contactar a quien le haya dado la investigación y darle a conocer su decisión. Por otro lado, tiene la opción de retirar al menor de edad en cualquier etapa de la intervención, sin ninguna repercusión negativa. La investigación no da ninguna retribución monetaria por la participación.

**Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0997205566 que pertenece a Lizeth Barreno C., o envíe un correo electrónico a [lbarreno@estud.usfq.edu.ec](mailto:lbarreno@estud.usfq.edu.ec)

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: [comitebioetica@usfq.edu.ec](mailto:comitebioetica@usfq.edu.ec)

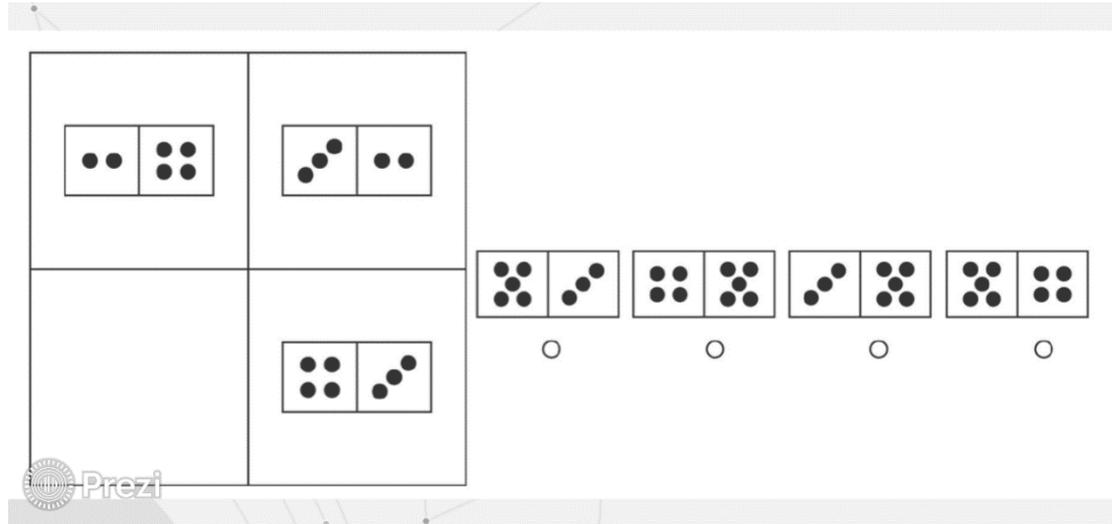
**Consentimiento informado** (Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)

Yo como representante de un menor de edad entiendo las razones que llevaron a escogerlo para este estudio. Conozco los riesgos y las ventajas, demás me han explicado de manera clara los procedimientos que se van seguir. He satisfecho todas las dudas de manera exitosa. No tuve presión de tiempo para mi elección. Tengo una copia de este documento firmado. Acepto voluntariamente que mi representado forme parte del estudio del que fui informado.

Firma del representante del participante	Fecha
Firma del representante del participante	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

## ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

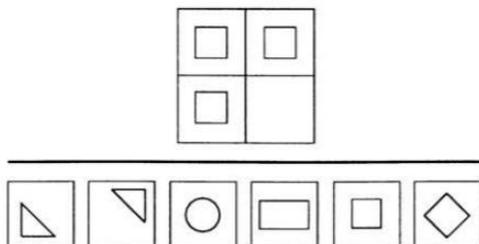
### K-BIT (Prueba Breve de Inteligencia de Kaufman)



(Restrepo, 2015)

### TONI-2 (Test de inteligencia no verbal)

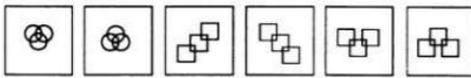
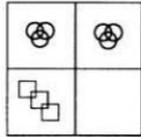
1. *Emparejamiento simple*: Todas las figuras comparten el mismo número de atributos críticos. No hay diferencia entre las figuras del estímulo.



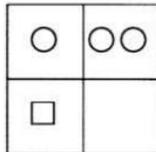
(Brown, Sherbenou y Johnsen, 2009)

2. *Analogías*: La relación que existe entre las figuras de una de las filas o columnas es igual a la que existe entre las figuras de la otra fila o columna. Dichas relaciones pueden ser:

a. *Emparejamiento*: No existen diferencias entre las figuras.

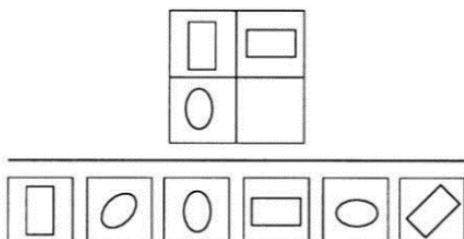


b. *Adición*. Las figuras cambian por la adición de nuevos atributos o figuras adicionales.

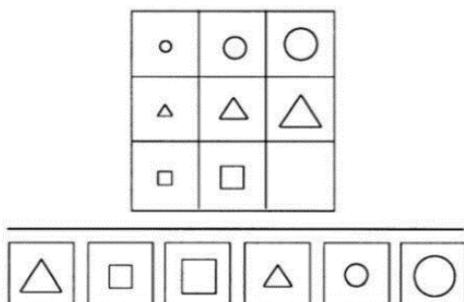


(Brown, Sherbenou y Johnsen, 2009)

d. *Alteración.* Uno o más de los atributos o figuras cambia o sufre alteraciones.

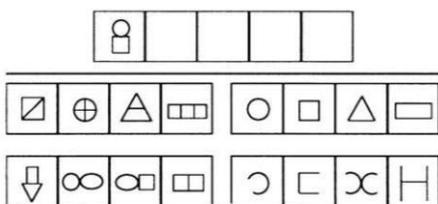


e. *Progresión.* Se produce el mismo cambio en las figuras o a lo largo de la serie que forman.



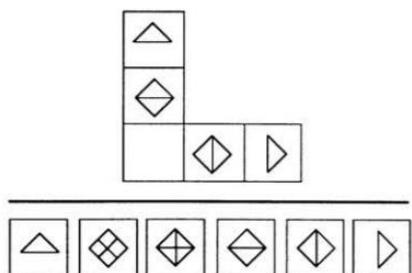
(Brown, Sherbenou y Johnsen, 2009)

3. *Clasificación.* La figura del problema pertenece a uno de los conjuntos de dibujos que aparecen como alternativas de solución.



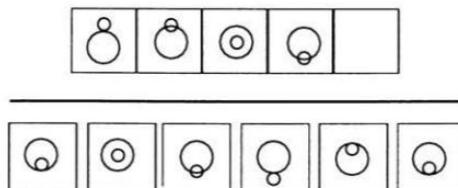
(Brown, Sherbenou y Johnsen, 2009)

4. *Intersecciones.* Se forma una nueva figura juntando partes de las figuras que aparecen en filas y columnas.



(Brown, Sherbenou y Johnsen, 2009)

5. *Cambio progresivo.* Continúa el mismo cambio entre las figuras o a través de ellas.



### FDT (Test de los Cinco Dígitos)

PROCESOS AUTOMÁTICOS

1º LECTURA

“Lea el número que aparece en cada cuadro”

5	5		2		3			4	4
	5				3		1		
5	5		2		3			4	4

Cinco, dos, tres, uno y cuatro

(2015)

PROCESOS AUTOMÁTICOS

2º CONTEO

“Cuenta cuántos asteriscos hay en cada cuadro”

*	*		*		*			*	*
	*				*		*		
*	*		*		*			*	*

Cinco, dos, tres, uno y cuatro

(2015)

PROCESOS CONTROLADOS

**3º ELECCIÓN**

**“Cuenta cuántos números hay en cada cuadro”**

2	2		5		1			3	3
	2				1		4		
2	2		5		1			3	3

Cinco, dos, tres, uno y cuatro

(2015)

PROCESOS CONTROLADOS

**4º ALTERNANCIA**

**“Cuenta los números como hizo antes, pero cuando llegue a un cuadro con el borde más grueso, debe cambiar la regla y leer el número”**

2	2		5		3			3	3
	2						4		
2	2		5		3			3	3

Cinco, dos, tres, uno y cuatro

(2015)

**ENFEN (Evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas en niños)**

# ENFEN

## Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños

### CUADERNILLO DE ANOTACIÓN

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre y apellidos del niño: <b>ANA</b>	SEXO		AÑO	MES	DÍA
Nombre del examinador:	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M		2011	12	13
Centro: <b>HUGH</b>	Fecha de evaluación:		2002	9	20
Curso: <b>4º</b>	Fecha de nacimiento:		9	2	23
Motivo de la consulta: <b>EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA PRE-REHABILITACIÓN</b>	Edad:				

**RESUMEN DE RESULTADOS Y PERFIL**

	F1	F2	S1	S2	A	I	
PD ⇨	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>325</b>	<b>71</b>	⇨ PD
Para obtener la conversión de PD a decatipo seleccione la tabla correspondiente a la edad del sujeto en el anexo del manual.							
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
Decatipo ⇨	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	⇨ Decatipo
A continuación, traslade las puntuaciones en decatipos al perfil que se presenta a continuación.							
Decatipo	Fluidez fonológica	Fluidez semántica	Sendero gris	Sendero a color	Anillas	Interferencia	Decatipo
Muy alto 10							10
Alto 9							9
Alto 8							8
Medio alto 7							7
Medio 6							6
Medio bajo 5							5
Bajo 4							4
Muy bajo 3							3
Muy bajo 2							2
Muy bajo 1							1

(Portellano, Ramírez y Fares, 2015)

# ENFEN

## Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños

### CUADERNILLO DE ANOTACIÓN

---

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del niño: **ANA**

Nombre del examinador: **HUGHM.**

Centro: **4º**

Curso: **4º**

Motivo de la consulta: **EVALUACIÓN POST-REHABILITACIÓN.**

SEXO:  V  M

Fecha de evaluación: **AÑO 2012 MES 9 DÍA 3**

Fecha de nacimiento: **2002 9 20**

Edad: **9 11 13**

---

#### RESUMEN DE RESULTADOS Y PERFIL

	F1	F2	S1	S2	A	I	
PD →	14	19	25	16	173	95	← PD
Para obtener la conversión de PD a decatipo seleccione la tabla correspondiente a la edad del sujeto en el anexo del manual.							
Decatipo →	8	8	7	6	6	9	← Decatipo

A continuación, traslade las puntuaciones en decatipos al perfil que se presenta a continuación.

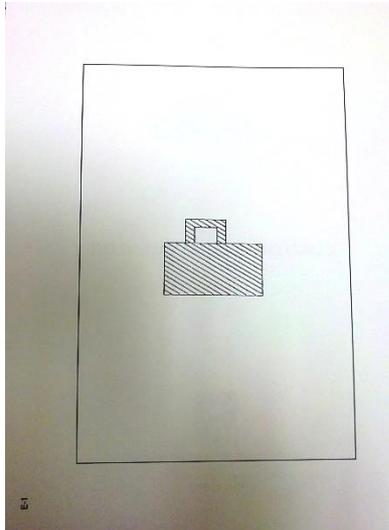
Decatipo	Fluidez fonológica	Fluidez semántica	Sendero gris	Sendero a color	Anillas	Interferencia	Decatipo
Muy alto 10	○	○	○	○	○	○	10 Muy alto
Alto 9	○	○	○	○	○	○	9 Alto
Medio alto 8	○	○	○	○	○	○	8 Medio alto
Medio 7	○	○	○	○	○	○	7 Medio
Medio bajo 6	○	○	○	○	○	○	6 Medio bajo
Bajo 5	○	○	○	○	○	○	5 Bajo
Muy bajo 4	○	○	○	○	○	○	4 Muy bajo
Muy bajo 3	○	○	○	○	○	○	3 Muy bajo
Muy bajo 2	○	○	○	○	○	○	2 Muy bajo
Muy bajo 1	○	○	○	○	○	○	1 Muy bajo

Autores: J. A. Portellano, R. Martínez Arias y L. Zumárraga.  
 Copyright © 2009 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España.  
 Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28036 Madrid, España - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

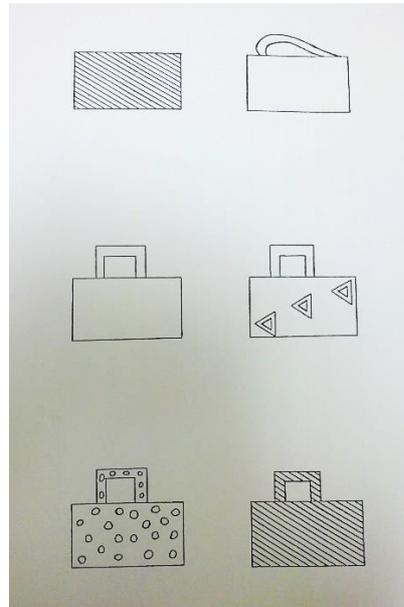
(Portellano, Ramírez y

Fares, 2015)

**MFFT-20 (Test de Emparejamiento de Figuras Familiares)**



(Cairns y Cammock)  
y Cammock)



(Cairns

BASC-2



## BASC T-2

Cuestionario para tutores – Primaria

EJEMPLOS DE ELEMENTOS

A nunca   
 B alguna vez   
 C frecuentemente   
 D casi siempre

		A	B	C	D	
<b>4</b>	Se desanima enseguida cuando tiene que aprender algo nuevo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4
<b>17</b>	Se distrae fácilmente en clase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17
<b>30</b>	Dice que se ríen de él	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	30
<b>32</b>	Coacciona e intimida a otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	32
<b>38</b>	Es nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	38

(Gualternos, 2012)

**Escala de valoración para TUTORES nivel 2**

Atrás    Menú    Imprimir

**Nombre:** Carlos    **Edad:** 11    **Sexo:** Varón    **Fecha Aplicación:** 26/06/2004    **Realizado por:** Tutura

**BASC**

Escalas clínicas	Pd	T	Gráfico
Agresividad	2	44	
Hiperactividad	10	52	
Problemas de conducta	0	41	
Problemas de atención	13	58	
Problemas de aprendizaje	21	78	
Atipicidad	6	58	
Depresión	4	54	
Ansiedad	4	47	
Retraimiento	6	52	
Somatización	0	42	
<b>Escalas adaptativas</b>			
Adaptabilidad	10	36	
Habilidades sociales	19	49	
Liderazgo	8	41	
Habilidades para el estudio	20	50	
<b>Dimensiones globales</b>			
Exteriorizar problemas	137	45	
Interiorizar problemas	144	48	
Problemas escolares	135	69	
Habilidades adaptativas	127	41	
ISC	312	53	
<b>Escalas de control</b>			
Indice F	0	Normal	
ICR	2	Normal	
PTR	51	Normal	

(Gualternos, 2012)

## SDQ (Cuestionario Fortalezas y Debilidades de Goodman)

## Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

Pa<sup>2-4</sup>

Por favor, coloque una cruz en el cuadro que usted cree que mejor responde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda si responde a todas las preguntas lo mejor que pueda, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento de su hijo/a durante los últimos seis meses.

Nombre de su hijo/a .....

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento .....

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparte frecuentemente con otros niños/as galletitas, juegos, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está continuamente moviéndose y es revoltoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general cae bien a los otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es nervioso/a o dependiente ante situaciones nuevas, fácilmente pierde la confianza en si mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trata bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muestra a menudo una actitud negativa con los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los otros niños/as se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños/as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene capacidad para pensar antes de actuar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo muestra rencor cuando se enoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tiene usted algún comentario o preocupación en particular que quiera plantear?

(Castillo, 2018)