



Tesis de Maestría:

Revisión de los tratamientos psicoterapéuticos para
trastornos del comportamiento en niños en edad escolar,
y análisis del rol de la regulación emocional.

Lic. María Laura de la Sierra

Escuela de Posgrados

Maestría en Psicología Cognitiva

Tutora: Prof. Mag. Lorena Estefanell

Montevideo, 10 de marzo de 2023

Resumen

Los trastornos del comportamiento y la desregulación emocional son uno de los motivos de consulta más habituales en la práctica clínica con niños. El objetivo de esta revisión es investigar sobre los tratamientos psicoterapéuticos basados en evidencia para los trastornos del comportamiento en niños en edad escolar, desde una óptica transdiagnóstica, y poniendo el foco en la regulación emocional como proceso central o periférico. Para ello se realizó una búsqueda documental sobre la temática a través de diversas bases de datos, de artículos publicados entre 2010 y 2022, en inglés y en español. Se complementó con búsqueda manual y consulta en las principales páginas web de las intervenciones terapéuticas citadas. Se seleccionaron artículos RCT, estudios pilotos o revisiones sistemáticas con o sin meta-análisis, cuyo foco fuera el tratamiento psicoterapéutico de niños con trastornos comportamentales de amplio rango (diversos diagnósticos). Se localizaron un total de 24 artículos que cumplieron los criterios de selección. Se identificaron 19 tipos de intervenciones psicoterapéuticas distintas. La mayoría de las intervenciones fueron de base cognitivo-conductual, en modalidad grupal con diversas combinaciones de la participación de padres e hijos, con un promedio de entre 8 y 12 sesiones y con un alcance transdiagnóstico, incluyendo niños con diversos diagnósticos con dificultades comportamentales: TDAH, TOD, TC, TDDEA, irritabilidad, labilidad emocional o desregulación emocional. De las 19 intervenciones, 11 toman la regulación emocional como objetivo de trabajo, y 7 de ellas, la toman como un objetivo central. De la revisión se concluye que los programas de base cognitivo conductual han mostrado mayor eficacia para el tratamiento de los trastornos comportamentales. Aquellos que integran aspectos de la tercera ola, podrían tener efectos más integrales. La regulación emocional es un concepto transdiagnóstico y un proceso central, que puede ayudarnos a entender mejor el desarrollo, evolución y tratamiento de los trastornos del comportamiento.

Palabras claves: trastornos del comportamiento, regulación emocional, terapia cognitivo conductual, intervenciones psicoterapéuticas, entrenamiento de padres.

Tabla de contenido

Resumen.....	2
Introducción.....	8
Capítulo 1: Salud Mental, intervenciones y regulación emocional	10
Antecedentes Salud Mental Infantil.....	10
Trastornos del comportamiento.....	11
Clasificación DSM 5.....	12
Comorbilidades.....	14
Evolución.....	15
Tratamientos.....	16
Aportes teóricos para pensar las intervenciones.....	17
El enfoque transdiagnóstico.....	17
Psicoterapia basada en procesos.....	20
Emociones y Regulación emocional.....	23
Definición de emociones.....	23
Conceptualización de regulación emocional.....	24
El desarrollo de la regulación emocional.....	28
Regulación emocional como proceso.....	29
Desregulación emocional en trastornos del comportamiento.....	30
Capítulo 2: Marco metodológico.....	32
Pregunta problema/Objetivo general.....	32
Objetivos específicos.....	32
Métodos: criterios de inclusión/exclusión.....	32
Fuentes de información.....	33

Búsqueda y estrategia de selección.....	33
Extracción de los datos y método de síntesis.....	35
Resultados: selección de estudios.....	35
Capítulo 3: Resultados.....	37
Características generales de los artículos.....	37
Año de publicación.....	43
País de origen.....	44
Diseño.....	44
Revistas.....	45
Factor de impacto.....	46
Intervenciones.....	47
Análisis del contenido de los artículos.....	48
Características de los programas.....	48
Objetivos de los estudios.....	49
Población: N, rango de edad y diagnósticos.....	50
Métodos e instrumentos de medición.....	50
Tratamientos: modalidad y cantidad de sesiones.....	52
Resultados.....	52
Contenido de los programas psicoterapéuticos.....	54
Psicoeducación.....	55
Manejo de conductas.....	56
Desarrollo de habilidades.....	58
Competencias parentales.....	59
Trabajo sobre emociones.....	61
Entorno educativo.....	61
Tratamientos enfocados en regulación emocional.....	62

Generalidades.....	70
Marco teórico.....	71
Técnicas terapéuticas	72
Elementos psicoeducativos.....	72
Uso de mediadores.....	73
Estrategias cognitivas.....	73
Herramientas lúdicas.....	73
Estrategias de calma.....	74
Estrategias para padres.....	75
Técnicas específicas.....	75
Capítulo 4: Discusión y conclusiones.....	76
Discusión.....	76
Conclusiones.....	81
Referencias.....	83
Apéndice A.....	96
Apéndice B.....	101

Lista de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1. Criterios utilizados para la búsqueda bibliográfica.....	34
Tabla 2. Artículos seleccionados de acuerdo a criterios de inclusión detallando título, autores, año, país, diseño, revista, factor de impacto (q) y tratamiento.....	37
Tabla 3. Revistas de publicación de los artículos seleccionados.....	45
Tabla 4. Tratamientos psicoterapéuticos investigados en los artículos seleccionados.....	47
Tabla 5. Instrumentos de medición y número de repeticiones en los artículos seleccionados.....	51
Tabla 6. Generalidades de los tratamientos (población, edad, sesiones).....	63
Tabla 7. Descripción de los tratamientos según objetivos, marco teórico y trabajo sobre RE.....	65

Figuras

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos.....	36
Figura 2. Artículos por año de publicación.....	43
Figura 3. Distribución de artículos de acuerdo a país de origen.....	44
Figura 4. Distribución de artículos según diseño de investigación.....	45
Figura 5. Factor de impacto de las revistas donde fueron publicados los artículos.....	46
Figura 6. Generalidades y componentes de los programas de tratamiento para trastornos del comportamiento.....	54
Figura 7. Técnicas para trabajar la regulación emocional.....	72

Lista de abreviaturas

DE - Desregulación emocional

RCT - Randomized controlled trial

RE - Regulación emocional

RS - Revisión sistemática

TAU - Treatment as usual (tratamiento estándar)

TC - Trastorno de conducta

TCC - Terapia cognitivo conductual

TDAH - Trastorno por déficit atencional con hiperactividad

TDDEA - Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

TEI - Trastorno explosivo intermitente

TOD - Trastorno oposicionista desafiante

Introducción

Los trastornos del comportamiento son uno de los motivos de consulta más habituales en la práctica clínica con niños, así como una fuente habitual de disfunción familiar y estrés parental. Suelen estar relacionados con el desarrollo de otros trastornos mentales, así como con un pobre ajuste social, fracaso académico o la aparición de conductas criminales en la adolescencia y/o la edad adulta. Más aún, implican altos costos a largo plazo para los estados.

Por otra parte, las terapias cognitivo conductuales se encuentran en la denominada tercera ola o terapias contextuales. Y si bien los abordajes de la TCC se han enfocado principalmente en categorías diagnósticas, han surgido más recientemente los enfoques transdiagnósticos, con un cambio de mirada sobre la psicopatología y los tratamientos, pasando de una mirada categorial a una dimensional. Una de las ventajas de los enfoques transdiagnósticos es la posibilidad de abordar con mayor grado de efectividad las presentaciones clínicas en donde existen comorbilidades y/o una pobre diferenciación entre diversas categorías diagnósticas, como es el caso de los trastornos comportamentales en la infancia.

A su vez, hay un creciente interés en investigar los procesos cognitivos, comportamentales o emocionales que subyacen y atraviesan distintas presentaciones clínicas. Uno de los procesos que se ha estudiado con mayor detenimiento es el de regulación emocional, con implicaciones de especial interés para el desarrollo de niños y adolescentes, ya que se ha encontrado una correlación importante entre dificultades en regulación emocional y el riesgo de desarrollo de patologías en la edad adulta.

Es por ello que en esta revisión nos proponemos investigar sobre los tratamientos psicoterapéuticos basados en evidencia para los trastornos del comportamiento en niños en edad escolar, desde una óptica transdiagnóstica, y poniendo el foco en la regulación emocional como proceso central o periférico.

Llevaremos a cabo una revisión sistemática de la bibliografía que estará estructurada en cuatro capítulos. En el primer capítulo, explicaremos el marco teórico que guía esta revisión,

empezando con los antecedentes en salud mental infantil a nivel mundial y local; siguiendo con los trastornos del comportamiento, donde abordaremos la clasificación DSM 5, las comorbilidades, evolución y tratamiento; luego brindaremos algunos aportes teóricos importantes para pensar las intervenciones, particularmente el enfoque transdiagnóstico y la psicoterapia basada en procesos; y finalmente daremos un panorama conceptual sobre las emociones y la regulación emocional.

Cabe mencionar que aludimos a trastornos del comportamiento para incluir una serie de diagnósticos que implican desajuste conductual y desregulación emocional, que si bien en el DSM 5 aparecen en diferentes apartados, en la literatura científica se los suele agrupar debido a los puntos en común y a la frecuencia de comorbilidades.

En el segundo capítulo elaboramos el marco metodológico que encuadra la revisión, con el planteamiento del objetivo general o pregunta problema, los objetivos específicos, los criterios de inclusión y exclusión, así como las fuentes de información, búsqueda y estrategia de selección, extracción de datos y métodos de síntesis. Finalmente, se brinda un panorama del resultado de la selección de estudios.

En el tercer capítulo hacemos un desarrollo de los resultados obtenidos, partiendo de la pregunta problema y los objetivos específicos. Aludimos a las características generales de los artículos, se realiza un análisis del contenido de los mismos, para pasar a la revisión del contenido de los programas psicoterapéuticos y finalmente, el abordaje de los tratamientos enfocados en la regulación emocional.

En el cuarto y último capítulo, se presentan la discusión y las conclusiones de la revisión.

Capítulo 1: Salud Mental, intervenciones y regulación emocional

A lo largo de este capítulo haremos la presentación del marco conceptual sobre el cual basamos la presente revisión bibliográfica. Partiremos de revisar los antecedentes disponibles en relación a la salud mental infantil, poniendo énfasis en los datos correspondientes a nuestro país. Luego haremos una revisión a través de los diversos trastornos del comportamiento, y su clasificación de acuerdo a los criterios diagnósticos más actuales. Ya que esta revisión no pretende centrarse en un diagnóstico específico, sino que intenta dar cuenta de aspectos dimensionales dentro de las problemáticas disruptivas, incluiremos elementos teóricos de las miradas transdiagnósticas y sus aplicaciones en la salud mental infantil. Finalmente, se hará un recorrido por el concepto de emociones y regulación emocional (en adelante, RE), conceptos fundamentales a la hora de hacernos la pregunta problema que nos convoca.

Antecedentes Salud Mental Infantil

De acuerdo a la OMS, un 10% de la población mundial infantil padece algún trastorno mental (OMS, 2022). Algunos estudios sugieren que ese número es aún más alto, ubicándose en un 13% (Polanczyk, 2015). Dentro de ese porcentaje, un 5.7% tiene un diagnóstico de algún trastorno disruptivo, mientras que el 3.4% de trastorno por déficit atencional con hiperactividad (en adelante, TDAH).

De acuerdo al Estudio Epidemiológico sobre la salud mental de los niños uruguayos (Viola et al, 2008), en Uruguay un 22% de la población infantil tiene diagnóstico de alguna dificultad emocional o conductual, mientras que un 14% adicional está en zona de riesgo para el desarrollo de este tipo de patologías. Del mencionado estudio se desprende que, del total de las entidades identificadas, hay un 7.6% de diagnósticos de TDAH, un 5,8% de Trastorno oposicionista desafiante (en adelante, TOD) y un 5.8% de Trastorno de conducta (en adelante, TC). Si bien se aclara el solapamiento o comorbilidad de estas categorías diagnósticas, estamos frente a un dato importante: de los niños con dificultades en su salud mental, el 32.5% tiene uno de estos diagnósticos. Asimismo, este estudio muestra la asociación de los trastornos en el aprendizaje con la presencia de diagnósticos psicopatológicos.

En el informe “Aproximación al bienestar psicológico y la salud mental de los niños y adolescentes de Montevideo” (Fiterman y Zerpa, 2015), se concluye que los problemas más frecuentes en esta población se relacionan con las dificultades de atención/hiperactividad, los trastornos de conducta y los problemas de relacionamiento con pares.

A partir del estudio de Mastroianni et al (2017), se identifican como causas más frecuentes consideradas por padres o referentes para iniciar tratamientos farmacológicos: inquietud, hiperactividad, distracción en un 65.2% y agresividad como 21.7%. Otro dato importante que arroja esta investigación, es que solo la mitad de los niños y adolescentes que reciben tratamiento farmacológico, lo combinan con algún tipo de psicoterapia. Existe una creciente tendencia a la medicalización de la infancia (Muniz, 2018) y un fracaso en establecer tratamientos multimodales (Mastroianni et al, 2017).

En cuanto al acceso a la psicoterapia, si bien en 2011 se dio un avance importante con la implementación de las prestaciones de salud mental dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), este sistema ha mostrado importantes limitaciones.

De acuerdo al informe presidido por el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDDHH) sobre Medicalización de la infancia, algunas de estas limitaciones son: respuestas insuficientes por parte de algunas instituciones, escasa oferta de abordajes grupales o de intervenciones familiares, poca o nula coordinación entre tratamientos o profesionales y con la red de recursos socio-comunitarios (INDDHH, 2020).

En este panorama, pensemos en las dificultades extras que pueden surgir en el tratamiento psicoterapéutico cuando estamos frente a niños o niñas con problemas comportamentales de complejo abordaje.

Trastornos del comportamiento

En este apartado revisaremos la clasificación de trastornos del comportamiento de acuerdo al DSM 5, manual de los trastornos psiquiátricos de mayor utilización en nuestro país. Asimismo,

incluiremos información pertinente a tener en cuenta sobre la conceptualización de dichos trastornos, evolución, comorbilidades e intervenciones.

Cabe mencionar que, para la presente reseña, incluimos todos los diagnósticos que presentan problemas comportamentales, es decir, dificultades en el auto-control de los impulsos, agresividad, poco respeto por los límites y las normas, desregulación emocional (en adelante, DE) y pobre adaptación a las exigencias del medio.

Son aquellos niños denominados explosivos, difíciles, problemáticos, que generan desafíos ya sea en el ámbito familiar, escolar y muchas veces también en los espacios terapéuticos.

Clasificación DSM 5

En la última edición Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association (DSM 5, APA, 2013), se clasifica los trastornos del comportamiento más habituales en los estudios aquí revisados de la siguiente manera: bajo el apartado Trastornos Disruptivos del control de los impulsos y la conducta, se incluyen el Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD), el Trastorno de Conducta (TC) y el Trastorno Explosivo Intermitente (en adelante, TEI). Bajo el apartado Trastornos del Neurodesarrollo, se incluye el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH). Bajo el apartado Trastornos del estado de ánimo, se incluye el Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA). Aún estando bajo distintos apartados, son los diagnósticos que representan mayor interés para la presente revisión.

Veamos las características más distintivas de cada categoría nosológica (ver Apéndice A). Dentro de los cuadros puramente disruptivos, el TOD implica la aparición de sintomatología emocional y comportamental agrupada en tres categorías: irritabilidad, comportamiento desafiante y resentimiento; mientras que el TC se basa en la aparición de los siguientes criterios: agresividad, destrucción de la propiedad, engaños o mentiras y violación de reglas. Cabe mencionar que algunos consideran el TOD y el TC como un continuo del mismo trastorno, aunque el DSM los clasifica como separados (Loeber et al, 2000). También dentro de los disruptivos pero con menor presencia, el TEI se define como el fracaso en el control de los impulsos agresivos, ya sean verbales o comportamentales.

Conceptualizado como un trastorno del neurodesarrollo, el TDAH se define por un patrón de inatención y/o hiperactividad-impulsividad. El DSM 5 supone algunos cambios en los criterios diagnósticos, como por ejemplo la edad de inicio (antes de 12 en vez de antes de 6), la aparición de síntomas en al menos dos entornos distintos y el cumplimiento de menos criterios diagnósticos a partir de los 17 años. El TDAH suele presentar una comorbilidad muy alta con el TOD y el TC, siendo entre 54 y 67% en el primer caso; y un 26% en el segundo. Asimismo, se presentan comorbilidades con trastornos del estado de ánimo, ansiedad y abuso de sustancias, pero en porcentajes más bajos (Austerman, 2015).

Finalmente, dentro de los cuadros del estado de ánimo, y siendo la categoría diagnóstica más nueva de todas (presente a partir de esta última edición del DSM), encontramos al Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (en adelante, TDDEA), que se diferencia del TEI porque además de las explosiones recurrentes, hay un estado de base de irritabilidad permanente, que es lo que caracterizaría especialmente a esta entidad.

Lo que tienen en común todas estas categorías diagnósticas es que implican dificultades comportamentales de gran desafío en la práctica clínica, y muchas veces cursan con comorbilidades que complejizan el establecimiento de límites precisos entre una y otra categoría (Frick y Ellis, 1999; Aitken, 2019). De hecho, la APA (2013) señala que la presencia de comorbilidades entre categorías diagnósticas externalizantes, impacta directamente en la evolución y el tratamiento de estos cuadros.

Otro elemento diagnóstico importante en los trastornos disruptivos concierne a la edad de inicio, diferenciando el inicio temprano, del inicio en la adolescencia.

Por otro lado, el DSM 5 incluye la necesidad de especificar si existen o no emociones prosociales limitadas, también conocidas como rasgos de dureza e insensibilidad afectiva (rasgos DIA). Cabe mencionar que la combinación de inicio temprano junto a rasgos DIA conforma el grupo de mayor riesgo, cronicidad, así como de mayor resistencia a los tratamientos (Edens et al, 2008; Dandreaux y Frick, 2009; Bevilacqua et al, 2018).

La presencia de los rasgos DIA permitiría identificar a los niños con mayor riesgo a presentar comportamientos delictivos en etapas posteriores y de allí la importancia de los tratamientos tempranos (Pardini y Fite, 2010; Scheepers et al, 2010). Existen otros factores que funcionan como riesgos adicionales a las cuestiones diagnósticas: madre fumadora durante el embarazo, madre adolescente, nivel socio-económico bajo, padres deprimidos (Gutman et al, 2019).

Comorbilidades

En la psicopatología infantil en general, y más aún dentro de los trastornos del comportamiento, la comorbilidad es más una regla que una excepción (Loeber y Keenan, 1994; Eiraldi et al, 2000; Boylan et al, 2007; Bloch et al, 2009; Burke y Loeber, 2010; Mulraney et al, 2016).

En el caso de los típicos diagnósticos asociados con los trastornos disruptivos, que son el TOD y el TC, ambas categorías han probado estar íntimamente relacionadas a nivel taxonómico y de desarrollo (Loeber et al, 2000), aunque no pueden coexistir como diagnósticos.

El TEI tiene una tasa de comorbilidad con los trastornos disruptivos de entre 10 a 19%. Asimismo, es habitual que aparezca asociado a trastornos del estado de ánimo, como pueden ser cuadros de ansiedad o de depresión (Radwan y Coccaro, 2020).

Con respecto al TDAH, un estudio establece que el 71% de los niños de la muestra (n=2447) tuvo al menos otro trastorno psiquiátrico diagnosticado, además del TDAH (Reale et al, 2017). Los tres diagnósticos de mayor asociación al TDAH fueron: dificultades de aprendizaje, trastornos del sueño y TOD.

En el caso del diagnóstico de TDDEA, es el que menos corpus de investigación tiene, ya que es una categoría que aparece recién en esta última edición del DSM. Pero en un estudio se encontró que el 60.5% de estos niños, cumplían criterios diagnósticos para al menos otro cuadro o trastorno psicopatológico. Las asociaciones más habituales son con: depresión, TOD, TDAH y con el perfil de desregulación emocional del CBCL.

Evolución

Uno de los aspectos más preocupantes de los trastornos del comportamiento tiene que ver con la evolución, ya que varias investigaciones han mostrado la asociación de la presencia de esta sintomatología en la infancia, con el desarrollo de problemas más graves a partir de la adolescencia y la edad adulta, como un pobre ajuste social, fallas académicas, dificultades de interacción, consumo de sustancias o incluso conductas criminales (Kazdin, 1998; Moffit y Caspi, 2001; Bayer et al., 2011; Okado y Bierman, 2015).

Por otra parte, se ha estudiado la posible evolución de niños con diagnóstico de TOD a problemas más serios de conducta, o el desarrollo de un TC, pero de acuerdo a Diamantopoulou (2011), no se puede probar una progresión lineal en estos dos cuadros. Por lo tanto, no es esperable que los niños con TOD evolucionen a un TC, aunque sí suele haber superposición de sintomatología (Loebe et al, 2000).

Frick et al (1999, 2004) describen dos tipos de caminos para los niños que presentan problemas de conducta: los que presentan dureza e insensibilidad emocional junto a lo disruptivo y aquellos que tienen un patrón emocional-disruptivo. El primer caso está asociado a mayor gravedad y severidad, a la aparición de patologías en la vida adulta y a menor adaptabilidad social. En cuanto al segundo caso, son niños con una elevada desregulación emocional y muy reactivos, pero sin la presencia de rasgos de dureza emocional.

Con respecto a posibles predictores: en el TOD, la dimensión de la irritabilidad suele estar más relacionada con cuadros de depresión o de ansiedad; la testarudez tiende a ser un predictor de TDAH o de TC sin agresividad, mientras que cuando hay rasgos vinculados al daño de personas o de objetos, predicen problemas de conducta con agresividad (Stringaris et al, 2010).

La tendencia desfavorable en la evolución de estos cuadros es uno de los motivos principales por los cuales es de gran interés el desarrollo de programas terapéuticos eficaces para el tratamiento de estos niños y de sus familias.

Tratamientos

Las familias de niños con tendencias explosivas, suelen realizar múltiples consultas y transitan distintas psicoterapias con poco éxito (Greene, 2011). Esto siempre y cuando hagan el proceso de búsqueda de ayuda, ya que algunos estudios sugieren que estas familias suelen ser reticentes a consultar debido a varios motivos: por un lado, en ocasiones consideran que son actitudes deliberadas de los niños, que podrían cambiarlas solo con su voluntad; y por el otro, por el temor a ser juzgados como malos padres debido al comportamiento de sus hijos (Johnston y Burke, 2019).

En cuanto a los tratamientos, los programas para padres de base cognitivo-conductual son los que han mostrado mayor eficacia, tal como se ha demostrado en varios estudios en las últimas décadas (Brestan y Eyberg, 1998; Eyberg et al 2008; Kaminski et al, 2017). En el sitio web de la división 53 de la APA se resume esta información, estableciendo en orden los diferentes tratamientos para los trastornos comportamentales y su nivel de eficacia.

Con respecto al formato ideal, si bien en un estudio de Webster-Stratton y Hammond (1997) se encontró evidencia para establecer como más eficaz la combinación de padres e hijos en el desarrollo de los programas, en el último meta-análisis sobre estas intervenciones, no se pudo confirmar que esto fuera necesariamente así (Kaminski et al, 2017). De todos modos, los dos programas que tienen mayor corpus de evidencia en su favor (Incredible Years y Parent Child Interaction Therapy), ambos combinan padres e hijos en el abordaje terapéutico.

Maughan et al (2005) resumen de manera muy clara, los principales motivos en favor de los programas para padres como abordaje de primera línea para el tratamiento de problemas comportamentales. En primer lugar, parten del concepto de aprendizaje social, por el cual los niños aprenderían conductas a partir de modelos cercanos y de sus entornos naturales. Por lo tanto, entrenar a los adultos para promover conductas más adaptadas está en la base de los cambios. Por otra parte, la mayoría de las dificultades comportamentales tienen que ver con el reforzamiento de conductas, sobre todo en el ámbito familiar y escolar. Los tratamientos individuales no han probado ser efectivos para que los padres puedan mejorar sus habilidades de cómo lidiar con las conductas

disruptivas, y el trabajo en grupo permite el intercambio con otros padres que están viviendo situaciones similares, teniendo mejores resultados sobre el estrés parental y estimulando la auto-confianza y auto-eficacia a la hora de resolver conflictos en casa. Finalmente, dada la poca disponibilidad de terapeutas calificados para trabajar con estas dificultades, la modalidad grupal permitiría abarcar más familias en menos tiempo, generando mejores resultados a nivel de costo-eficacia.

En síntesis, de acuerdo a la evidencia disponible hasta el momento, la elección de primera línea para el abordaje de trastornos disruptivos debería ser un programa para padres (y posiblemente niños) con base cognitivo-conductual, en formato grupal.

Aportes teóricos para pensar las intervenciones

En el apartado anterior mencionamos a las terapias de base cognitivo-conductual como tratamiento de elección para los trastornos comportamentales en la infancia. En este apartado, nos centraremos en desarrollos teóricos dentro de la TCC que nutren la perspectiva de esta revisión bibliográfica. Mencionaremos dos líneas específicas, a saber: el enfoque transdiagnóstico y la psicoterapia basada en procesos.

El enfoque transdiagnóstico

Desde los esfuerzos de Kraepelin, considerado padre y fundador de la psiquiatría moderna, el foco ha estado puesto en organizar el padecimiento mental en estructuras que permitan delinear los límites entre unas y otras, así como dar cuenta de los signos y síntomas que las caracterizan. Este sistema categorial, representado sobre todo por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiene décadas de tradición y ha guiado tanto la investigación, como la evaluación y el tratamiento de las patologías de salud mental a nivel mundial.

En las últimas décadas, se ha problematizado acerca de las limitaciones que estos sistemas taxonómicos traen para el desarrollo del entendimiento del padecimiento mental. A partir de esto, se

han propuesto miradas alternativas que intentan dar cuenta de aspectos más dimensionales. Una de estas miradas es el enfoque transdiagnóstico.

La TCC tiene una larga experiencia en el desarrollo de programas terapéuticos específicos para los distintos trastornos mentales. La investigación clínica mientras tanto, se centró en comparar a personas con determinado diagnóstico con grupos de control o con otras patologías.

En las últimas décadas, dentro de la TCC se viene desarrollando este enfoque alternativo transdiagnóstico, cuya hipótesis es que existen algunos procesos cognitivos y comportamentales que son transversales a una amplia gama de trastornos (Mansell et al, 2009).

Podríamos decir que el trabajo de Ingram (1990) sobre la atención auto-enfocada es uno de los primeros en incorporar una mirada transdiagnóstica. Hayes et al (1996) comienzan su trabajo sobre la evitación experiencial, como un concepto que atraviesa distintos trastornos. Otro aporte significativo fue el de Faiburn et al (2003) que brindan elementos de valoración y tratamiento para los trastornos de la conducta alimenticia de manera dimensional, atravesando los distintos diagnósticos que propone el DSM.

Mansell et al (2009) describen cuatro tipos de enfoques transdiagnósticos dentro de la TCC. Primero, de rango limitado y múltiples procesos, en el cual hay un rango de procesos cognitivos y comportamentales que explican el mantenimiento de un rango de trastornos (como por ejemplo, la propuesta de Faiburn sobre trastornos de la conducta alimentaria). Segundo, los basados en síntomas, que buscan identificar los mecanismos por detrás de determinados síntomas, sin importar la categoría diagnóstica. Tercero, los universales, de único proceso, el cual explica el mantenimiento del malestar psicológico a través de una amplia gama de trastornos. Aquí entran las propuestas de Ingram (1990) y Hayes (1996). Cuarto y último, enfoque universal, pero de múltiples procesos.

En cuanto a las intervenciones propiamente dichas, hay dos grandes categorías: las intervenciones universales, como el Protocolo unificado para el tratamiento de desórdenes emocionales (Barlow et al, 2010); y las enfoques modulares, como el Enfoque modular de terapia

para ansiedad, depresión, trauma o problemas de conducta para niños (MATCH-ADTC) (Chorpita, Daleiden y Weisz, 2005).

La presente revisión se encuadraría en lo que Dalglish (2020) denomina los enfoques transdiagnósticos "blandos", que buscan identificar los procesos que hay por detrás de las categorías diagnósticas y desarrollar intervenciones más apropiadas, sin prescindir de estos marcos de referencias. Por otra parte, los enfoques más radicales o "duros" buscan reemplazar completamente los marcos de referencia para los diagnósticos por otras maneras de entender la salud mental. Los enfoques transdiagnósticos se basan en varias premisas, pero hay dos elementos fundamentales que tienen en cuenta: la heterogeneidad dentro de los mismos diagnósticos y la comorbilidad más como regla que como excepción en las presentaciones clínicas. En el caso de los trastornos del comportamiento, en varias investigaciones se pone énfasis en las dificultades asociadas a estos dos elementos, tanto la heterogeneidad como la comorbilidad complejizan la valoración y diseño de tratamiento para estos cuadros que por otro lado, son cada vez más frecuentes (Loeber, 2000).

En este esfuerzo han surgido otras formas de conceptualización, como el HiTop o el Rdoc.

La HiTop (The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology) (Kotov et al, 2017) surge como un esfuerzo de varios investigadores que realizan una propuesta dimensional como alternativa a las clásicas nosologías psicopatológicas categoriales.

Consideran que las taxonomías clásicas conllevan varias dificultades: poca claridad en los límites entre trastornos, frecuente co-ocurrencia o comorbilidades, heterogeneidad dentro de los mismos trastornos e inestabilidad diagnóstica.

La HiTop se basa en un sistema dimensional, que considera la psicopatología como un espectro o continuum. Parte de seis espectros que luego van derivando en subfactores que constituyen diferentes síndromes re-agrupados de modo dimensional. Si bien continúa en estudio, parece ser un modelo prometedor para el entendimiento de la psicopatología desde una perspectiva del desarrollo, lo cual podría brindar elementos fundamentales para los tratamientos tempranos y oportunos (Conway, 2022).

Por otra parte, la NIMH creó un marco conceptual denominado RDoC (Research Domain Criteria) (NIMH, 2010) que surge también como contraposición al DSM y su lógica categorial. Basa su crítica en las dificultades que este clásico sistema implica para la investigación en neurociencias, así como en la habitual comorbilidad que surge a partir de la clasificación de la APA. Al igual que la clasificación HiTop, la iniciativa RDoC conceptualiza la salud mental como un espectro que va de la normalidad a la anormalidad, con una fuerte base biológica. Parte de la idea de dominios, constructos y unidades de análisis, y pretende facilitar la investigación en términos de procesos psicológicos/biológicos.

En síntesis, dentro del modelo de la TCC, han surgido iniciativas que apuntan a un enfoque transdiagnóstico de la salud mental, con el foco en una mirada dimensional en contraposición a lo categorial. Esto tiene una repercusión directa en la construcción de programas de intervención, ya que clásicamente la TCC se ha dedicado a elaborar tratamientos eficaces para categorías específicas (ansiedad, depresión, etc.). La mirada transdiagnóstica implicaría centrarse en componentes o procesos transversales a distintas categorías, cubriendo espectros más amplios.

Psicoterapia basada en procesos

En línea con los aportes de la mirada transdiagnóstica, nos encontramos con el desarrollo de la terapia cognitivo conductual basada en procesos (en adelante, TCCBP) de Hayes y Hoffman, que surge en el contexto de la denominada tercera ola de las terapias cognitivo conductuales, con la influencia de teorías orientales, del contextualismo y de tradiciones filosóficas funcionalistas (Hayes y Hoffman, 2017). El cambio comienza a suceder con un enfoque que considera más la relación entre la emoción y el pensamiento, que el contenido del pensamiento en sí.

Dentro de esta tercera ola nos encontramos a la terapia de aceptación y compromiso, las terapias basadas en mindfulness, la terapia funcional analítica, la terapia dialéctica comportamental, entre otras.

De acuerdo a los mencionados autores, la tercera ola pone sus esfuerzos investigativos mucho más al servicio de procesos basados en la evidencia, que de síndromes y protocolos,

enfaticando en el rol de procesos transdiagnósticos cambiantes que atraviesan varias categorías diagnósticas.

La TCCBP aspira a un cambio en los protocolos de tratamiento, dejando de lado la clásica mirada categorial en pos de un abordaje que integre las complejidades que se presentan en la clínica, en confluencia con los desarrollos de la filosofía de la ciencia. Apunta a modelos de tratamiento más flexibles, transdiagnósticos y organizado en función de procesos centrales. El concepto de proceso central cobra importancia en estos postulados teóricos, aludiendo a una serie de fenómenos psicológicos de naturaleza dinámica que configuran diversos motivos de consulta, vulnerabilidades, modos de afrontamiento y capacidades de cambio frente al trabajo terapéutico.

Estos procesos centrales descritos por los autores (Hayes y Hoffman, 2018; Hayes, Hoffman y Ciarrochi, 2020; Hayes y Hoffman, 2021) engloban seis grandes dimensiones que veremos a continuación:

Procesos cognitivos: el tradicional componente cognitivo es abordado desde el relacionamiento que la persona tiene con el pensamiento, más que desde el contenido del pensamiento en sí. Representativo de esto es el concepto de defusión, que es la habilidad de experimentar los pensamientos perturbadores o preocupantes con una distancia que permite minimizar el impacto que los mismos tienen en la persona.

Asimismo, se enfocan en la flexibilidad cognitiva como habilidad para ampliar el repertorio de conductas y respuestas de las personas frente a diversas situaciones contextuales.

Procesos atencionales: la mayoría de las terapias de tercera generación incluyen el componente atencional y el entrenamiento en el manejo flexible, fluido y voluntario de los procesos atencionales como clave para el afrontamiento de diversas situaciones.

En este sentido, los aportes del mindfulness han sido fundamentales, brindando un respaldo teórico y práctico en la integración de ejercicios, desarrollo de habilidades y de hábitos saludables para las personas.

El self: este es el concepto más difícil de definir, o incluso de medir en el contexto de investigaciones, ya que refiere a una sensación de tipo subjetiva, con base a vivencias más de índole espiritual. Con self se refieren a una sensación de conciencia que incluye conceptos como auto-eficacia, auto-distanciamiento o auto-observación. Al igual que los componentes anteriores, el self apunta a un estado de conciencia mucho más allá del nivel de contenido, e incluso evitando detenerse en ese tipo de conceptualizaciones.

Procesos emocionales: la relevancia del componente emocional es propia de las nuevas formas de la TCC, que se centra mucho más en cómo la persona se relaciona y procesa sus emociones, que en los contenidos de pensamiento.

En este contexto, la regulación emocional cobra una gran importancia y es clave para la comprensión del desarrollo, mantenimiento y evolución de diversos cuadros clínicos.

Por otro lado, la TCCBP se centra en la apertura hacia el afecto, la capacidad de experimentar emociones y la importancia de aprender de estas experiencias, sin necesidad de escape o evitación. Estos procesos afectivos son identificados como saludables en el desarrollo psicológico de las personas, y pasan a tener un rol relevante en la construcción de programas terapéuticos.

Procesos motivacionales: los componentes motivacionales, ya presentes en otras etapas de la TCC mantienen y renuevan su importancia a través de nuevos conceptos como puede ser el de los valores, de la terapia de aceptación y compromiso.

La motivación estaría de este modo, íntimamente relacionada con la capacidad de cambio, como mediador clave, y como objetivo de trabajo terapéutico.

Procesos conductuales explícitos: refiere a habilidades y modalidades de afrontamiento específicas desarrolladas por diversas teorías que se enmarcan en el desarrollo de la tercera ola.

Por ejemplo, la auto-regulación en la terapia dialéctica comportamental, como mediador en los resultados terapéuticos para la variable suicidalidad; o el concepto de compromiso de la terapia de aceptación y compromiso.

La mayoría de estas habilidades tienen sus raíces en elementos ya presentes en las TCC tradicionales, pero agregan un componente más relacionado al desarrollo de habilidades.

Emociones y Regulación emocional

Definición de emociones

El término emociones no nos es ajeno. Forma parte de nuestro vocabulario y de nuestro cotidiano desde temprana edad. Aún así, a nivel científico, el concepto de emoción siempre ha sido un desafío. Más aún, cuando incluimos a su correlato: la regulación emocional.

El estudio de las emociones, por otro lado, ha formado parte de distintas disciplinas, desde la filosofía, la fisiología, la psicología; y ha sido objeto de interés de distintas formas de expresión artística.

En los últimos tiempos, la investigación sobre el tema se ha profundizado, surgiendo varias líneas y enfoques. Ahondando en las diferentes perspectivas que podemos encontrar en el estudio formal de las emociones, nos encontramos a la neodarwinista, la biológica, la conductual, la cognitiva, la del procesamiento de la información y las teorías psicosociales (Fernández Abascal et al, 2002). Cada tradición teórica e investigativa, ha dado luz sobre algún aspecto de la emoción, y enriquece la concepción de las mismas. Las diferentes teorías, si bien pueden disentir en algunos aspectos, tiene potencial de enriquecerse mutuamente; e incluso algunas de ellas nos dan claves fundamentales para el trabajo psicoterapéutico, que es siempre en última instancia, el trabajo con las emociones.

Cole et al (2004) parten de la falta de consenso para definir el término “emoción”, aunque la consideran como una herramienta para evaluar la experiencia y prepararse para la acción. Las autoras, a su vez, proponen que es posible diferenciar emoción de regulación emocional; aunque no ha sido fácil establecer esa separación.

De acuerdo al enfoque modular (Gross y Thompson, 2007), las emociones son respuestas motoras, fisiológicas y comportamentales frente a determinadas situaciones, que suponen una activación y permiten la toma de decisiones. Las emociones por otra parte, pueden o bien ayudar u

obstaculizar el desarrollo de nuestras metas, por su intensidad, duración o por el contexto en el cual surjan.

Werner y Gross (2010) hablan de las características centrales de las emociones: el desencadenante, o antecedente situacional, la atención, la evaluación, las tendencia de respuesta multifacética y la maleabilidad. De acuerdo a este modelo, la emoción parte de una situación específica que funciona como activadora, y que implica necesariamente que se le dirija la atención. Una vez atendida la situación, se realiza una evaluación o valoración de la misma y se pone en acción una respuesta emocional, que puede variar enormemente. Estas respuestas emocionales no siguen un curso lineal, sino que pueden darse de diversas maneras. Esta característica, la maleabilidad, es un aspecto crucial para comprender la regulación emocional.

Asimismo, siguiendo los planteos de Ekman (2003), podemos afirmar que las emociones repercuten directamente en la calidad de nuestras vidas. En este sentido y como veremos a continuación, las capacidades regulatorias son habilidades centrales, ya sea para lograr o sostener el bienestar, como para tolerar y atravesar el malestar.

Conceptualización de regulación emocional

Los conceptos de regulación y desregulación emocional son cada vez más estudiados en el ámbito de la investigación psicológica. Antes de 1994, había 37 artículos científicos que trataban sobre la DE, mientras que desde esa fecha hasta 2019, se pueden encontrar un total de 2782 (Beauchaine y Cicchetti, 2019).

Partiendo de la base de que la evaluación de la emoción y de la regulación emocional, es básicamente inferencial, Cole et al (2004) subrayan la importancia de generar métodos de medición rigurosos y conceptualizaciones claras. Para ello, revisan la literatura sobre investigación en desarrollo infantil en tres grandes áreas: estudios sobre temperamento, estudios sobre interacción madre-hijo y estudios sobre el desarrollo temprano de la auto-regulación. Estos estudios, utilizan definiciones y métodos interesantes, incluyendo el análisis temporal de los fenómenos (emoción-regulación), el uso de condiciones contrastantes y patrones diferenciales de medidas convergentes.

Las investigaciones referidas brindan elementos para suponer que los niños, en una primera instancia, tienen capacidades de autorregulación básica (de eficacia variable), luego desarrollarían una regulación mutua basada en la díada madre-niño, para finalmente desarrollar, hacia la edad escolar, estrategias para autorregularse más sofisticadas.

El desarrollo infantil es un terreno fértil al momento de intentar comprender el funcionamiento emocional, y cómo este se va estructurando y complejizando a medida que el niño crece. La investigación sobre regulación mutua en la interacción social (en un comienzo madre-hijo), nos brinda elementos importantísimos para el diseño de intervenciones, ya sean educativas, como terapéuticas.

Las emociones son dinámicas y elusivas, tienen un carácter inherentemente inferencial, pero pueden ser investigadas con rigurosidad metodológica. Los resultados, ayudarán a entender tanto la emoción en sí, como los procesos que regulan otras funciones (la memoria, atención, lenguaje, aprendizaje). La emoción puede ser tanto regulada, como regular otros procesos, y es un aspecto fundamental del ser humano, biológicamente determinado a ser activado, y puesto al servicio de la acción (Cole et al, 2004).

Desde otros aportes (Cabello González, 2006), podemos pensar en los efectos positivos de la regulación emocional como predictor de un mejor funcionamiento en las áreas personal, social y laboral de las personas. En el citado artículo se presentan tres de las principales teorías en el estudio de la regulación emocional: el modelo teórico de la inteligencia emocional de Mayer y Salovey (1997), el modelo del afrontamiento de Stanton, Kirk, Cameron y Danoff-Burg (2000) y el modelo de regulación del afecto de Gross y John (2003). Tomaremos los aportes centrales en cada caso.

Mayer y Salovey comenzaron hablando de inteligencia emocional (en adelante, IE) (1997) y fueron ampliando el concepto hacia una mirada de habilidades o competencias. La IE se definiría entonces, como una serie de habilidades que incluyen los siguientes procesos: la percepción, la facilitación o asimilación, la comprensión y la regulación emocional (Mayer y Salovey, 2007). La percepción emocional sería la capacidad para reconocer emociones tanto propias como ajenas,

identificando las sensaciones fisiológicas y los componentes cognitivos. La facilitación o asimilación alude a la capacidad para integrar los aspectos emocionales a las experiencias cognitivas, e incluso mejorarlas. Se trata de la habilidad de incorporar la emoción de manera efectiva para el manejo de información y la toma de decisiones. La comprensión, por su parte, implica la habilidad de etiquetar y agrupar las emociones, así como de comprender el intrincado entrelazamiento que puede haber entre las mismas. Refiere a suponer causas y consecuencias de los estados emocionales, y requiere un nivel mayor de abstracción. Finalmente, y lo que nos convoca especialmente: la regulación emocional. De acuerdo a los citados autores, la RE es la competencia más compleja de la IE e implica la habilidad de estar abierto a los estados emocionales, la capacidad de poder reflexionar sobre la utilidad de los mismos, y la posibilidad de vigilar desde una postura reflexiva las emociones. La RE implica la habilidad de regular tanto las emociones propias, como las ajenas, maximizando las emociones positivas y tolerando las que generan malestar.

El modelo de afrontamiento centrado en la emoción de Stanton y su equipo (2000) parte de las premisas de las teorías del afrontamiento, revisando y cuestionando la visión del afrontamiento emocional como ligado a un mal ajuste, en favor del afrontamiento centrado en la resolución de problemas. De acuerdo a esta autora y su equipo, las investigaciones que sustentan estas afirmaciones confunden el afrontamiento emocional con respuestas de tipo más patológicas. A través de varios estudios llegan a elaborar una Escala de afrontamiento emocional que correlaciona positivamente con un mejor ajuste psicológico global. La conceptualización que realizan incluye dos factores: el procesamiento emocional, como la forma en que la persona explora, identifica y reconoce las emociones propias y ajenas; y la expresión emocional, como la capacidad para comunicar, simbolizar y transmitir la experiencia emocional, ya sea de manera verbal, como no verbal. Stanton y su equipo defienden el afrontamiento emocional como un rasgo saludable y deseable en el desarrollo personal. Cabe mencionar que en el mismo estudio (Stanton et al, 2000) incluyen una valoración de las diferencias de género en torno a estos conceptos. Las niñas tendrían un mayor desarrollo de las capacidades emocionales en relación a los varones, aunque esto está sujeto a diferencias culturales.

Finalmente, el modelo de Gross y John (2003) brinda aportes de gran interés en el terreno de las estrategias de regulación emocional. De acuerdo a estos autores, la regulación emocional implica procesos mediante los cuales las personas tenemos injerencia sobre nuestras emociones, tanto en relación a cuándo las tenemos, cómo las vivimos y de qué forma las expresamos.

Con respecto al modelo que propone Gross (1999), se puede diferenciar entre la regulación centrada en los antecedentes y la regulación centrada en la respuesta. En el primer caso, tenemos la selección de las situaciones (es decir, el exponerse o no a determinadas situaciones que implican emociones), el cambio de la situación (una vez expuesto a la situación, la posibilidad de cambiar la misma), el foco atencional (regular la atención, modulándola de acuerdo a la posible respuesta emocional) y el cambio cognitivo (el significado que se da a la situación, o reevaluación cognitiva). En el caso de la regulación centrada en la respuesta, se podría influir sobre la experiencia emocional, la expresión emocional o la activación fisiológica. La más estudiada ha sido la supresión de la expresión emocional.

En la comparación de la estrategia de reevaluación cognitiva frente a la supresión de la expresión emocional, se ha visto que ésta última no es eficaz, ya que aumenta la activación fisiológica y no modera la experiencia emocional (Hervás y Vázquez, 2006). En cambio, en cuanto a la reevaluación cognitiva, habría una reducción en la experiencia emocional, y no se han encontrado efectos negativos asociados.

Otros aportes interesantes son los de Beauchaine, que define a la desregulación emocional como un patrón de experiencia o expresión emocional que interfiere con un apropiado comportamiento orientado a metas (2015). El autor presenta cuatro aspectos importantes de esta definición. En primer lugar, diferencia emoción sobre estado de ánimo. Segundo, cuando habla de comportamientos apropiados, se refiere a que sean funcionales situacionalmente. Tercero, reconoce las diferencias culturales en cuanto a lo funcional o disfuncional. Finalmente, entiende que hay muchas reacciones emocionales que son afuncionales, es decir, no son ni funcionales ni disfuncionales.

En resumen, a lo largo de las últimas décadas, un creciente número de investigadores ha centrado su interés en el desarrollo conceptual de la regulación emocional, sentando las bases para integrar estos aportes a la comprensión de los trastornos de la salud mental y a la elaboración de planes terapéuticos.

El desarrollo de la regulación emocional

Teniendo en cuenta que esta revisión está centrada en la etapa infantil, nos detendremos a explicar cómo se estructura la regulación emocional desde el nacimiento hasta la edad adulta, y para ello veremos nos basaremos en los aportes de Thompson y Goodman (2010).

De acuerdo a estos autores, en la etapa de recién nacido, los padres son quienes intervienen constantemente en los estados emocionales del bebé. Si bien dependen casi de forma exclusiva de sus cuidadores, los bebés tienen algunas capacidades innatas de regularse, como por ejemplo, la succión. Los hitos motores permiten que el bebé vaya adquiriendo otras estrategias, tales como buscar a sus cuidadores, o alejarse de situaciones displacenteras. El juego y la interacción social, así como las características temperamentales, van dando forma al repertorio emocional del bebé, en un interjuego entre las vulnerabilidad biológicas y los mecanismos de apoyo social.

El otro bastión importante es el desarrollo del lenguaje, que inaugura posibilidades mentalistas a la hora de incorporar estrategias de regulación. Durante la etapa preescolar se dan grandes cambios a partir de la estructuración del lenguaje, y el niño puede dar respuestas más sofisticadas. Los padres o cuidadores tendrán muchas oportunidades para identificar y designar emociones, así como para facilitar procesos regulatorios tales como la reevaluación cognitiva, el cambio atencional, el afrontamiento, entre otros.

A medida que el niño va creciendo, otros entornos van enriqueciendo su desarrollo emocional: la familia ampliada, la interacción con pares, el contexto educativo e incluso social. La auto-reflexión y la auto-conciencia permiten respuestas psicológicamente más complejas, que se van combinando con estrategias basadas en la personalidad de ese niño en particular. Es decir, que desde estructuras básicas de regulación como la succión, el bebé primero, y el niño después, va

incorporando, a través de su desarrollo en diferentes áreas, posibilidades más sofisticadas de RE. El interjuego con los rasgos temperamentales y con cómo se va estructurando la personalidad, es fundamental a la hora de adquirir habilidades regulatorias.

Regulación Emocional como Proceso

Partimos de la definición de emociones, vimos los principales aportes sobre la RE, y dimos un panorama acerca del desarrollo de la misma en el niño. Ahora nos centraremos en establecer, desde el punto de vista teórico, a la RE como proceso transversal o transdiagnóstico.

De acuerdo con Hayes et al (2004), para que un proceso sea considerado transdiagnóstico, tiene que cumplir al menos con dos requisitos: que esté presente en un amplio rango de trastornos (mínimo cuatro); y que contribuya directamente con el desarrollo o el mantenimiento de la psicopatología.

Cludius et al (2020) examinan tres estrategias de regulación emocional como posibles procesos transdiagnósticos a la luz de los planteos de Hayes: la reevaluación cognitiva, la rumiación negativa y la rumiación positiva. Concluyen que es necesario afinar teóricamente los conceptos claves de la RE que están implicados en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología e integrarlo a un modelo conceptual, así como investigar la RE a través de distintos trastornos, testear la causalidad, mejorar la evaluación de la RE y la eficacia de las intervenciones transdiagnósticas.

Algunos autores han investigado acerca de estrategias de regulación emocional como proceso transdiagnóstico, como es el trabajo de Dryman et al (2018) sobre reevaluación cognitiva y supresión emocional a través de la ansiedad social y el trastorno depresivo mayor, concluyendo que déficits en estas estrategias puede ser un factor fundamental en la co-ocurrencia de ambos trastornos.

Aldao et al (2009) realizan un meta-análisis de seis estrategias de regulación emocional: aceptación, evitación, resolución de problemas, reevaluación, rumiación y supresión; en cuatro cuadros psicopatológicos: ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria y uso de sustancias. Concluyen que especialmente cuatro de estas estrategias (rumiación, resolución de

problemas, supresión y evitación) están fuertemente presentes a través de los distintos trastornos valorados.

En la actualidad, la investigación permite reconocer ampliamente a la desregulación emocional como un proceso transdiagnóstico a varios trastornos mentales (Beauchaine y Cicchetti, 2019). Los mencionados autores, argumentan esto a través de una serie de observaciones. En primer lugar, la desregulación emocional está presente en una amplia gama de trastornos, ya sean externalizantes, internalizantes o incluso trastornos psicóticos. En segundo lugar, es un rasgo común a los diversos trastornos de personalidad. Finalmente, la DE es un factor de riesgo o de vulnerabilidad para el desarrollo de diversas psicopatologías en la edad adulta.

Desregulación emocional en trastornos del comportamiento

El estudio de la relación entre la desregulación emocional y los trastornos del comportamiento viene creciendo exponencialmente. Incluso se infiere que la DE puede ser tanto un factor de riesgo como una característica central del TOD (Mitchison et al, 2019). Más aún, Cavanagh et al (2017) plantean que el TOD puede ser definido más como un trastorno de la regulación emocional que como un trastorno disruptivo.

Un elemento interesante es la construcción del perfil de desregulación emocional (PD) en el Child Behavior Checklist, que es una medida que ayuda a identificar cierto perfil de niños con dificultades de adaptación en la regulación de emociones y comportamientos. Implica dos desviaciones estándar o más en las escalas de ansiedad/depresión, agresión y atención. Investigaciones han asociado que, en niños con TDAH, el PD está mucho más relacionado con la comorbilidad con el TOD que con cualquier otro perfil diagnóstico (Masi et al, 2015; Wang, 2021). La escala PD puede ser útil para identificar niños con dificultades disruptivas con o sin diagnóstico clínico y realizar intervenciones tempranas (Aitken et al, 2018). Algunos estudios longitudinales sugieren que el perfil de desregulación del CBCL, más que predecir determinado diagnóstico, funciona como un predictor de psicopatología en general, pobre ajuste e importantes dificultades regulatorias (Meyer et al., 2009; Diler et al., 2009; Holtmann, 2010).

Otro concepto asociado a la desregulación emocional, es el de labilidad emocional. De acuerdo a Sobanski et al (2010), la diferencia radica en cuestiones teóricas, ya que la labilidad no incluiría ningún tipo de modificación o intento regulatorio de la respuesta emocional. Pero se presenta clínicamente de la misma manera que la desregulación: irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, cambios impredecibles, exabruptos de enojo o tristeza que no son apropiados a las expectativas del entorno de acuerdo a intensidad, frecuencia o características. El mencionado autor concluye que la labilidad emocional es frecuente en niños con TDAH, pero que se asocia especialmente con aquellos que tienen un diagnóstico de comorbilidad con el TOD. También se asocia con una mayor severidad de los síntomas característicos del TDAH, especialmente con la hiperactividad y la impulsividad.

Otro estudio (Stringaris et al, 2010) sugiere que la desregulación emocional temprana, así como altos niveles de reacciones temperamentales, son ambos predictores de TOD durante los años escolares.

El entorno familiar coercitivo es otro factor que está asociado a desregulación emocional y comportamientos opositoristas y agresivos (Thompson, 2018). El autor menciona que un ambiente de conflicto en el cual padres e hijos escalan mutuamente, se asocia a problemas conductuales y de desregulación, a través de un condicionamiento negativo en la dinámica familiar.

Beauchaine y Zalewski (2016) estudian cómo interactúan las vulnerabilidades biológicas con el entorno y concluyen que estilos coercitivos familiares colaboran y mantienen procesos de desregulación y labilidad emocional en niños, con un alto riesgo de presentar trastornos de conducta.

Para concluir, vemos que las emociones, aún siendo elusivas para las definiciones, vienen siendo estudiadas con mucho más interés durante las últimas décadas. De manera extensiva, los investigadores han puesto el foco en estudiar los procesos y el desarrollo de la RE, junto a su contracara: la DE. En el marco de los desarrollos de las teorías dimensionales, la RE parece ser un proceso central que atraviesa diversos trastornos desde la edad infantil hasta la edad adulta. En este contexto, varias investigaciones muestran cómo la DE está presente en varios trastornos del

comportamiento. De allí la importancia que esta revisión le da a la RE como elemento clave para pensar en los abordajes de estos trastornos.

Capítulo 2: Marco Metodológico

En este apartado se presenta el marco metodológico que guía esta revisión. Se plantean los objetivos generales y específicos, criterios de inclusión y exclusión de los trabajos científicos, fuentes de información, búsqueda y estrategia de selección; y extracción de los datos y método de síntesis.

Pregunta Problema/Objetivo general

¿Cuáles son las intervenciones psicoterapéuticas disponibles para niños en edad escolar con trastornos comportamentales, y cuáles de ellas ponen el foco sobre la regulación emocional como proceso central o como habilidad importante a la hora del diseño del tratamiento?

Objetivos específicos

1. Definir sistemáticamente los artículos sobre tratamientos psicoterapéuticos para los trastornos comportamentales en niños en edad escolar de acuerdo a año de publicación, revista, factor de impacto y diseño de investigación.
2. Describir los artículos de dichas intervenciones detallando objetivos, población, método, cantidad de sesiones, estructura de tratamiento, instrumentos de medición y resultados.
3. Sistematizar los contenidos principales presentes en las intervenciones psicoterapéuticas para niños con trastornos comportamentales.
4. Identificar y describir los tratamientos que tienen como objetivo central o periférico, el trabajo sobre la regulación emocional.

Métodos

Criterios de inclusión

- Año de publicación: entre 2010 a 2022.
- Diseño del estudio: ensayo controlado aleatorizado (en adelante, sus siglas en inglés: RCT), estudios piloto, revisiones sistemáticas (en adelante, RS), meta-análisis.
- Edad de los niños: edad escolar 6 a 12 años.

- Diagnóstico de los participantes: trastornos de conducta (TC), trastorno oposicionista desafiante (TOD), trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad (TDAH), trastorno explosivo intermitente (TEI) trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA).
- Tipos de intervención: tratamientos psicoterapéuticos individuales y grupales.
- Idiomas: artículos en inglés y español.

Criterios de exclusión

- Diagnóstico de los participantes: TEA, retraso mental, dificultades de aprendizaje.
- Factores psico-sociales agregados como privación de libertad, conflictos con la ley, situaciones de violencia doméstica, abuso de sustancias en los padres.
- Tipo de intervención: intervenciones socio-educativas e intervenciones psicofarmacológicas.

Fuentes de información

Se recurrió a las siguientes bases de datos para reunir información: EBSCO, incluyendo APA PyscArticles, APA Psycinfo, PSICODOC, PSYINDEX: Literature and Tests, Psychology & Behavioral Sciences Collection, MEDLINE; PubMed, Cochrane Library, Google Scholar. Se complementó con búsquedas manuales.

Se chequeó la división 53 de la American Psychological Association para obtener información acerca de tratamientos basados en la evidencia para diagnósticos de TC y TOD, así como TDAH; y luego se recurrió a las secciones de "Research" de las páginas oficiales de los tratamientos listados. La primera búsqueda se realizó en el período agosto-setiembre de 2021, y la última búsqueda en base de datos se hizo en octubre de 2022.

Búsqueda y estrategia de selección

Se buscó bajo los siguientes descriptores: "emotion regulation", "emotion dysregulation", "emotion disorders", "behavior disorders" y "treatment", "program", "psychotherapy", "intervention" junto a "child", "children", "kids". Se excluyeron términos como "adolescents", "autism", "mental retardation", "substance abuse", "domestic violence", "psychopharmacology".

Se utilizó Rayyan, un gestor de revisiones sistemáticas para facilitar el tratamiento de la información. Se dividieron los artículos entre incluidos, excluidos y los que tal vez cumplían los criterios.

En primera instancia, se realizó un filtrado inicial a través de la lectura de títulos y resúmenes de los artículos y se procedió a eliminar los duplicados. Luego, se hizo una lectura más exhaustiva, localizando los datos faltantes para comprobar si cumplían los criterios de inclusión explicitados previamente. Se incluyeron los artículos encontrados manualmente y se realizó el mismo procedimiento.

Tabla 1

Criterios utilizados para la búsqueda bibliográfica

Bases de datos consultadas a través de EBSCO	APA PyscArticles APA Psycinfo PSICODOC PSYINDEX: Literature and Tests Psychology & Behavioral Sciences Collection MEDLINE
Otras bases de datos	PubMed Google Scholar
Descriptores utilizados	<i>"emotion regulation" OR "emotion dysregulation" OR "emotional disorders" OR "behavior disorders" AND "treatment", "program" OR "psychotherapy" OR "intervention" AND "child" OR "children" OR "kids" NOT "adolescents" OR "autism" OR "mental retardation" OR "substance abuse" OR "domestic violence" OR "psychopharmacology"</i>
Período incluido	2010 a 2022
Otros criterios	Publicaciones arbitradas Idiomas: inglés y español

Extracción de los datos y método de síntesis

Se realiza una tabla general con los datos sistematizados que se extraen de los artículos seleccionados para la revisión (Apéndice B, Tabla B1).

Para dar respuesta al objetivo específico número 1, se sistematizan los datos en una tabla aparte (Tabla 2) que contiene la siguiente información: N^o, título, autores, año, país, diseño, revista, factor de impacto Q, tratamiento.

Para responder a los objetivo específico número 2 y 3, se utiliza la Tabla B1, en la cual se sistematizan los siguientes datos: N^o, artículo, N población, objetivos, método, cantidad de sesiones, tratamiento, instrumentos de medición y resultados.

Para el objetivo específico número 4, se extrajeron y sistematizaron los siguientes datos en las Tabla 6 y 7: tratamiento, población, rango de edad, implementación, duración, marco teórico, objetivos, regulación emocional y técnicas.

Resultados

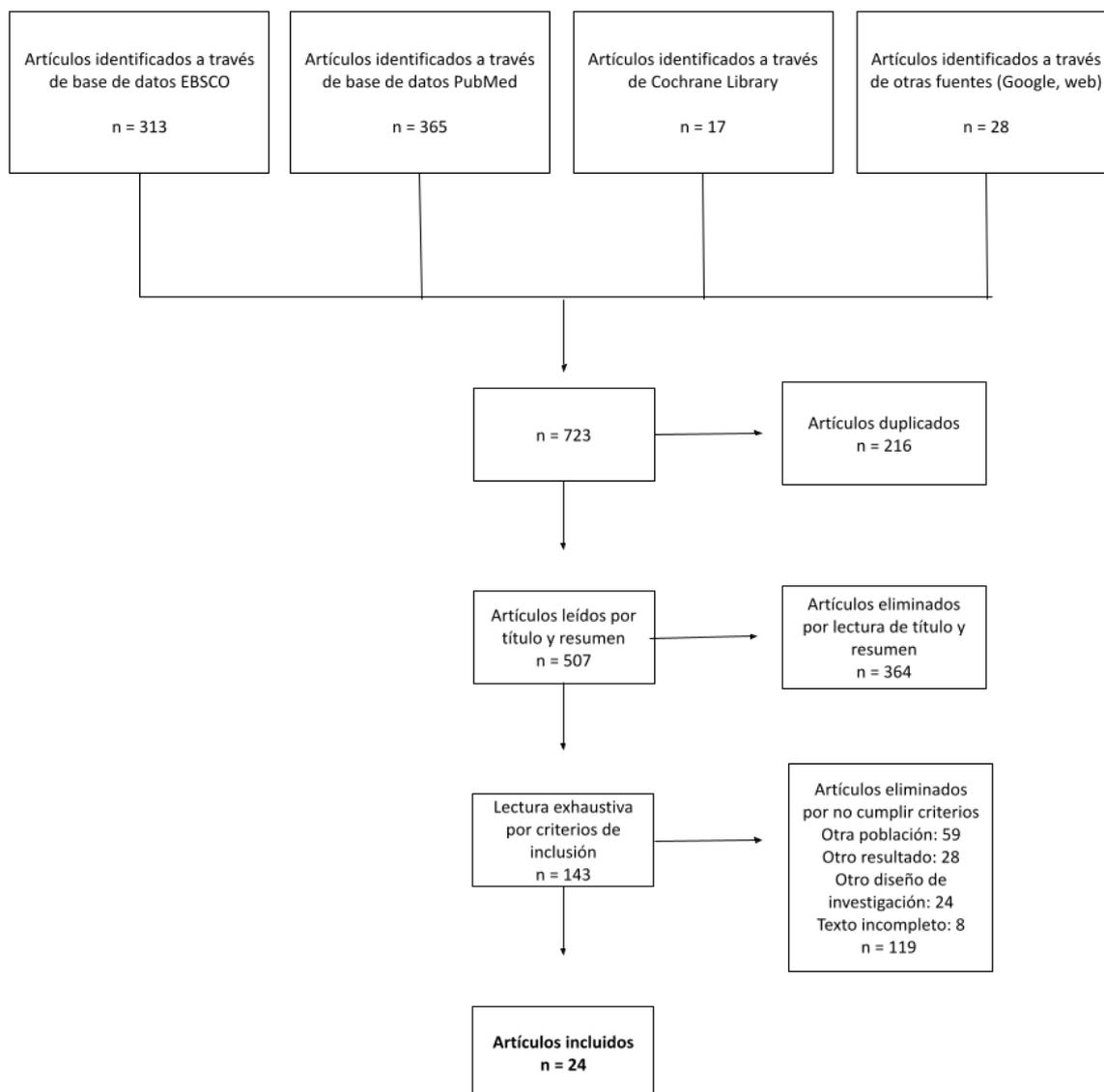
En este apartado se presentan los resultados de la búsqueda bibliográfica, la selección de los estudios, se presenta el diagrama de flujo y los resultados de la extracción y sistematización de datos para responder a los objetivos específicos propuestos en la sección de metodología.

Selección de estudios

A partir de las bases de datos chequeadas con los descriptores mencionados se llega a 723 artículos, de los cuales 216 fueron duplicados.

De la lectura de título y resumen se incluyen 143 artículos para revisión más exhaustiva, de los cuales 111 no cumplen los criterios de inclusión, ya sea por población, resultado o diseño de estudio. Por otra parte, 8 son excluidos debido a que no se localiza el texto completo.

Por lo tanto quedan un total de 24 artículos incluidos.

Figura 1*Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos*

Capítulo 3: Resultados

Características generales de los artículos

En el primer objetivo específico nos planteamos: “Definir sistemáticamente los artículos sobre tratamientos psicoterapéuticos para los trastornos comportamentales en niños en edad escolar de acuerdo a año de publicación, revista, factor de impacto y diseño de investigación”. Para dar respuesta presentamos la Tabla 2 con la información sistematizada.

Tabla 2

Artículos seleccionados de acuerdo a criterios de inclusión detallando título, autores, año, país, diseño, revista, factor de impacto (q) y tratamiento.

Nº	Título	Autores	Año	País	Diseño	Revista	Q	Tratamiento
1	A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Parent Management Training With Varying Degrees of Therapist Support	Kling, A., Forster, M., Sundell, K., & Melin, L.	2010	Suecia	Ensayo Controlado Aleatorizado	Behavior therapy	1	Entrenamiento para padres Komet
2	Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review	Menting, A. T., Orobio de Castro, B., & Matthys, W.	2013	Holanda	Meta-análisis	Clinical psychology review	1	Programa Incredible Years
3	Comparative effects of emotion management training and social skills training in Korean	Choi, E. S., & Lee, W. K.	2013	Korea	Ensayo Controlado Aleatorizado	Journal of attention disorders	1	Entrenamiento en manejo emocional y Entrenamiento en Habilidades Sociales

- children with ADHD
- 4 The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. 2014 Australia Revisión sistemática y meta-análisis Clinical psychology review 1 Programa Triple P Crianza Positiva
 - 5 The 1-2-3 Magic parenting program and its effect on child behaviors and dysfunctional parenting: a randomized controlled trial Porzig-Drummond, R., Stevenson, R. J., & Stevenson, C. 2014 Australia Ensayo Controlado Aleatorizado Behaviour research and therapy 1 Programa 1-2-3 Magic
 - 6 Efficacy of a multimodal treatment for disruptive behavior disorders in children and adolescents: focus on internalizing problems" Masi, G., Milone, A., Paciello, M., Lenzi, F., Muratori, P., Manfredi, A., Polidori, L., Ruglioni, L., Lochman, J. E., & Muratori, F. 2014 Italia Ensayo Controlado Aleatorizado Psychiatry research 1 Programa de Tratamiento Multimodal (Multimodal Treatment Program MTP)
 - 7 Comparing an Emotion- and a Behavior-Focused Parenting Program as Part of a Multisystemic Intervention for Child Conduct Problems Duncombe, M. E., Havighurst, S. S., Kehoe, C. E., Holland, K. A., Frankling, E. J., & Stargatt, R. 2014 Australia Ensayo Controlado Aleatorizado Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of 1 Tuning in to Kids y Programa de crianza positiva

					Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association			
8	A National Evaluation of Parenting Programs in Sweden: The Short-Term Effects Using an RCT Effectiveness Design	Stattin, H., Enebrink, P., Özdemir, M., & Giannotta, F.	2015	Suecia	Ensayo Controlado Aleatorizado	Journal of consulting and clinical psychology	1	Comet, Cope, y Programa Incredible Years
9	Parent Management Training and Collaborative & Proactive Solutions: A Randomized Control Trial for Oppositional Youth	Ollendick, T. H., Greene, R. W., Austin, K. E., Fraire, M. G., Halldorsdottir, T., Allen, K. B., Jarrett, M. A., Lewis, K. M., Whitmore Smith, M., Cunningham, N. R., Noguchi, R. J., Canavera, K., & Wolff, J. C.	2016	Estados Unidos	Ensayo Controlado Aleatorizado	Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53	1	Entrenamiento de Padres (PMT) y Soluciones Colaborativas y Proactivas (CPS)
10	Mechanisms of Behavioral and	Burke, J. D., & Loeber, R.	2016	Estados Unidos	Ensayo Controlado	Journal of abnormal	s/ d	Programa Stop Now and Plan

	Affective Treatment Outcomes in a Cognitive Behavioral Intervention for Boys			Aleatorizado	child psychology	1	(SNAP)
11	Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders/Conduct Disorders	Goertz-Dorten, A., Benesch, C., Hautmann, C., Berk-Pawlitzek, E., Faber, M., Lindenschmidt, T., Stadermann, R., Schuh, L., & Doepfner, M.	2017	Alemanía	Ensayo Controlado Aleatorizado	1	Terapia Cognitivo Comportamental
12	Online Coaching of Emotion-Regulation Strategies for Parents: Efficacy of the Online Rational Positive Parenting Program and Attention Bias Modification Procedures	David, O. A., Capris, D., & Jarda, A.	2017	Rumanía	Ensayo Controlado Aleatorizado	1	Programa Positivo Racional para padres (Rational Positive Parenting Program)
13	Randomized Clinical Trial of Dialectical Behavior Therapy for Preadolescent Children With Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Feasibility and Outcomes	Perepletchikov, A. F., Nathanson, D., Axelrod, S. R., Merrill, C., Walker, A., Grossman, M., Rebata, J., Scahill, L., Kaufman, J., Flye, B., Mauer, E., & Walkup, J.	2017	Estados Unidos	Ensayo Controlado Aleatorizado	1	Terapia Dialéctica Comportamental para niños (DBT-C)

- | | | | | | | | | |
|----|---|---|------|----------------|--------------------------------|--|---|---|
| 14 | Development and Application of an Innovative Transdiagnostic Treatment Approach for Pediatric Irritability | Hawks, J. L., Kennedy, S. M., Holzman, J. B. W., & Ehrenreich-May, J. | 2019 | Estados Unidos | Estudio Piloto | Behavior therapy | 1 | Protocolo Unificado para Niños (UP-C) |
| 15 | Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years | Storebø OJ, Elmoose Andersen M, Skoog M, Joost Hansen S, Simonsen E, Pedersen N, Tendal B, Callesen HE, Faltinsen E, Glud C. | 2019 | Dinamarca | Revisión sistemática | Cochrane Database of Systematic Reviews | 1 | Entrenamiento en Habilidades Sociales |
| 16 | Deficient Emotional Self-Regulation in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Mindfulness as a Useful Treatment Modality | Huguet, A., Izaguirre Eguren, J., Miguel-Ruiz, D., Vall Vallés, X., & Alda, J. A. | 2019 | España | Ensayo Controlado Aleatorizado | Journal of developmental and behavioral pediatrics | 1 | Terapia Mindfulness |
| 17 | Why Is It Easier to Get Mad Than It Is to Feel Sad? Pilot Study of Regulation-Focused Psychotherapy for Children | Tracy A. Prout, Ph.D., Timothy Rice, M.D., Sean Murphy, Ph.D., Emma Gaines, Psy.D., Sophia Aizin, M.S., Danielle Sessler, Psy.D., Talya Ramchandani, M.S., Emma Racine, M.S., Yulia Gorokhovskiy, | 2019 | Estados Unidos | Estudio Piloto | American Journal of Psychotherapy | 1 | Terapia centrada en Regulación (Regulation Focused Therapy RFT-C) |

- M.S., Leon
Hoffman, M.D
- 18 CBT-Enhanced Emotion Regulation as a Mechanism of Improvement for Childhood Irritability Derella, O. J., Johnston, O. G., Loeber, R., & Burke, J. D. 2019 Estados Unidos Revisión Sistemática Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology 1 Terapia Cognitivo Comportamental
- 19 Parent Management Training Oregon Model and Family-Based Services as Usual for Behavioral Problems in Youth: A National Randomized Controlled Trial in Denmark Scavenius, C., Chacko, A., Lindberg, M. R., Granski, M., Vardanian, M. M., Pontoppidan, M., Hansen, H., & Eiberg, M. 2020 Estados Unidos Ensayo Controlado Aleatorizado Child psychiatry and human development 1 Modelo Oregon - Entrenamiento de padres
- 20 Feasibility and acceptability of a brief cognitive-behavioral group intervention for chronic irritability in youth Derella, O. J., Burke, J. D., Romano-Verthelyi, A. M., Butler, E. J., & Johnston, O. G. 2020 Estados Unidos Ensayo Controlado Aleatorizado Clinical child psychology and psychiatry 2 Terapia Cognitivo Comportamental
- 21 Efficacy of psychosocial interventions for children with ADHD and emotion dysregulation: a systematic review Vacher, C., Goujon, A., Romo, L., & Purper-Ouakil, D. 2020 Francia Revisión Sistemática Psychiatry research 1 Tratamientos Cognitivo Comportamentales
- 22 Exploring the Efficacy of a Mindfulness Program for Boys With Attention-Deficit Muratori, P., Conversano, C., Levantini, V., Masi, G., Milone, A., Villani, S., 2020 Italia Ensayo Controlado Aleatorizado Journal of attention disorders 1 Terapia Mindfulness

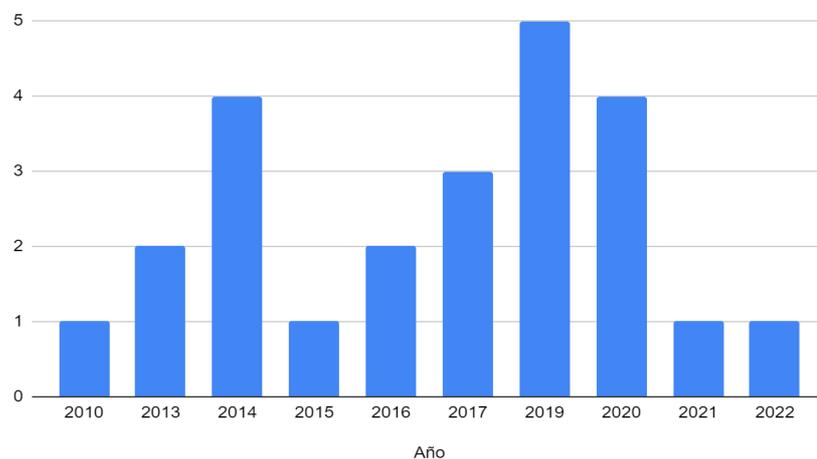
	Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder	Bögels, S., & Gemignani, A.						
23	Evaluating a Brief Behavioral Parenting Program for Parents of School-aged Children with ADHD	Chesterfield, J., Porzig-Drummond, R., Stevenson, R.J., and Stevenson, C.S.	2021	Australia	Ensayo Controlado Aleatorizado	Parenting	2	1-2-3 Magic
24	Collaborative and Proactive Solutions compared with usual care to treat irritability in children and adolescents: a pilot randomized controlled trial	Mulraney, M., Sciberras, E., Payne, J.M., De Luca, C., Mills, J., Tennant, M., & Coghill, D.	2022	Estados Unidos	Ensayo Controlado Aleatorizado	Clinical Psychology	2	Soluciones proactivas y colaborativas

Año de publicación

Con respecto al año de publicación, podemos apreciar la siguiente distribución, de acuerdo a los datos aportados por la Tabla 2. Se puede notar un incremento en el número de publicaciones entre el año 2019 y 2020.

Figura 2

Artículos por año de publicación

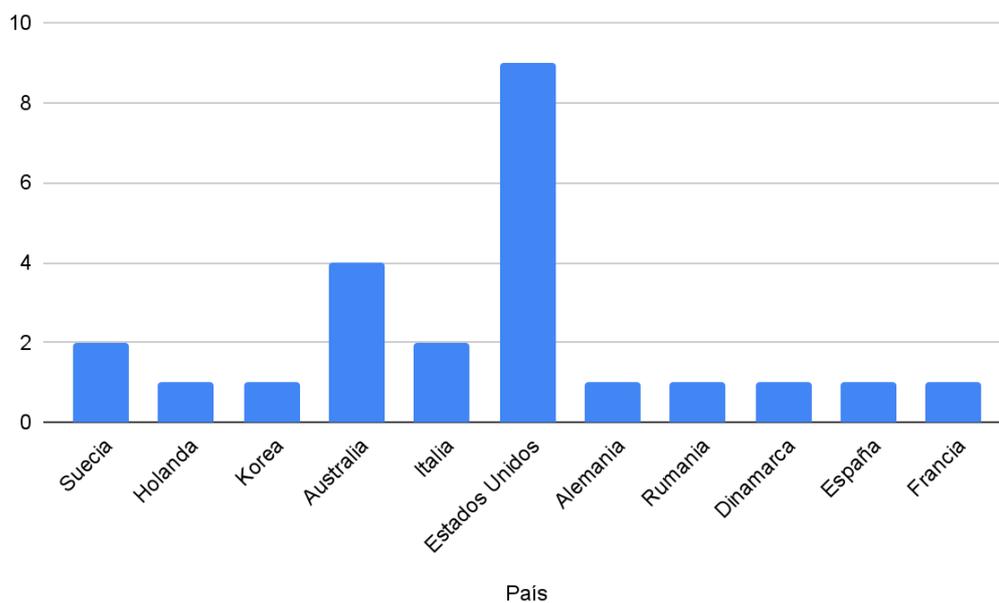


País de origen

En cuanto al país de origen de los artículos, podemos apreciar la distribución en la Figura 3. El país con más producción académica en relación a la temática es Estados Unidos, seguido por Australia. En Europa se percibe una distribución más dispersa por país, pero con un total significativo de artículos. Cabe destacar que no se encontraron artículos de habla hispana que cumplieran con los criterios de inclusión.

Figura 3

Distribución de artículos de acuerdo a país de origen.

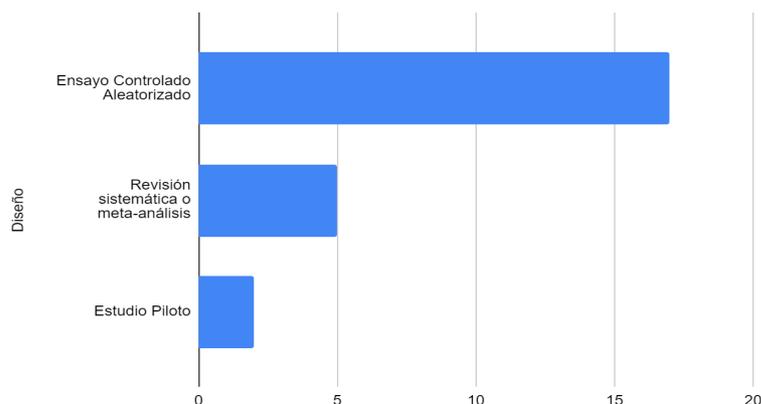


Diseño

El diseño de investigación se ilustra en la Figura 4, con un predominio de ensayos controlados aleatorizados (RCT), seguido de revisiones sistemáticas y/o metanálisis. Algunos estudios pilotos también cumplieron con los criterios de inclusión de la presente revisión.

Figura 4

Distribución de artículos según diseño de investigación.



Revistas

En relación a las revistas de publicación, hay cuatro que se repiten dos veces, estando el resto presentes a partir de una única publicación. A continuación, se detalla la lista de revistas que están presentes en esta revisión.

Tabla 3

Revistas de publicación de los artículos seleccionados.

Revista	Número de artículos
Behavior therapy	2
Clinical psychology review	2
Journal of attention disorders	2
Psychiatry research	2
Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association	2
Behaviour research and therapy	1
Journal of consulting and clinical psychology	1
Journal of abnormal child psychology	1
Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research	1

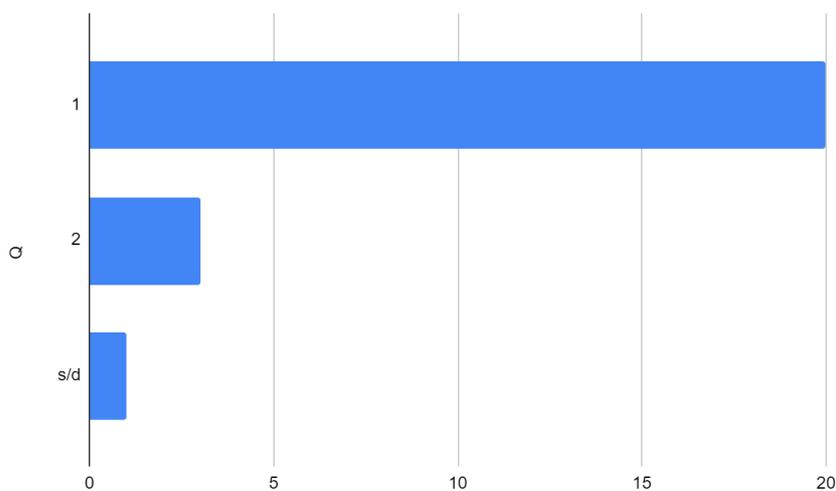
Revista	
Behavior therapy	2
Clinical psychology review	2
Frontiers in psychology	1
Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry	1
Cochrane Database of Systematic Reviews	1
Journal of developmental and behavioral pediatrics	1
American Journal of Psychotherapy	1
Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology	1
Child psychiatry and human development	1
Clinical child psychology and psychiatry	1
Parenting	1
Clinical Psychologist	1

Factor de impacto

De acuerdo a la Figura 5, el factor de impacto de las revistas citadas fue mayoritariamente correspondiente a Q1, que representa del 1 al 25% de las revistas rankeadas según su importancia. Un porcentaje menor corresponde al Q2, que representa del 25 al 50% en el mencionado ranking. En uno de los artículos, no se pudo obtener el factor de impacto de la revista donde fue publicado.

Figura 5

Factor de impacto de las revistas donde fueron publicados los artículos.



Intervenciones

Las intervenciones psicoterapéuticas que fueron identificadas en los artículos seleccionados se presentan en la Tabla 4, junto a la sigla en inglés, como se nombraran durante el resto de la revisión. Tal como se puede apreciar en la Tabla 4, hay una gran variedad de programas psicoterapéuticos para niños en edad escolar con problemas de comportamiento.

Tabla 4

Tratamientos psicoterapéuticos investigados en los artículos seleccionados.

Tratamiento	Sigla
Entrenamiento para padres Comet	Comet
Programa Incredible Years	IYPT
Entrenamiento en manejo emocional	EMT
Entrenamiento en Habilidades Sociales	SST
Programa Triple P Crianza Positiva	Triple P
Programa 1-2-3 Magic	1-2-3 Magic
Programa de Tratamiento Multimodal	MTP
Tuning in to Kids	TIK
Programa Cope	Cope
Programa Connect	Connect
Entrenamiento de Padres	PMT
Soluciones Colaborativas y Proactivas	CPS
Programa Stop Now and Plan	SNAP
Programa Positivo Racional para padres	rPPP
Terapia Dialéctica Comportamental para niños	DBT-C
Protocolo Unificado para Niños	UP-C
Terapia Mindfulness	MT
Terapia centrada en Regulación	RFT-C
Modelo Oregon - Entrenamiento de padres	PMTO

En síntesis, de 24 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión, se identifican 19 tratamientos psicoterapéuticos que abarcan niños en edad escolar con trastornos o dificultades comportamentales. Estos artículos se distribuyeron durante el período 2010-2022, mostrando mayor

cantidad de producción académica en 2019-2020. El país de mayor desarrollo de estos programas de intervención es Estados Unidos, seguido por Australia. Cabe mencionar, que en Europa hay un desarrollo importante de la investigación, pero aparece con mayor dispersión, ya que abarca diversos países. El 83% de los artículos están publicados en las revistas con mayor factor de impacto (Q1).

Análisis del contenido de los artículos

En el segundo objetivo específico nos planteamos *“Describir los artículos de dichas intervenciones detallando objetivos, población, método, cantidad de sesiones, estructura de tratamiento, instrumentos de medición y resultados.”* Para dar respuesta a esto, utilizaremos los datos sistematizados en la Tabla B1 (ver Apéndice B).

Características de los programas

La mayoría de las intervenciones psicoterapéuticas de las que se habla en los estudios seleccionados, están basadas en la teoría cognitivo-conductual.

Algunos programas están dentro de la línea más clásica, con una mirada puesta casi exclusivamente en componentes comportamentales (por ejemplo Comet, 1-2-3 Magic, MTP), mientras que otros ponen el foco en aportes de las teorías de tercera generación y en el desarrollo y aprendizaje de habilidades (Incredible Years, Triple P, DBT-C). En varios programas, toman elementos de las teorías del aprendizaje social (Bandura, 1977), que postula que el niño aprende por observación e imitación de sus contextos sociales.

En el caso de CPS, se toman elementos de la terapia cognitivo conductual (en adelante, TCC), pero se construye un nuevo enfoque que incluye los conceptos de habilidades rezagadas y problemas no resueltos, como alternativa a la mirada puramente conductual.

En dos casos tenemos programas de tipo psicodinámico: programa Connect y RFT-C. En el primer caso, se basa en la teoría del apego y el trauma, pero integra elementos de la TCC a nivel práctico. En cuanto a la RFT-C, es una terapia de juego enfocada en las experiencias subjetivas del niño y con una mirada basada en el psicoanálisis.

Algunos programas, como ampliaremos en el objetivo específico N°3, tienen una fuerte impronta de teorías sobre emociones o regulación emocional, como ser EMT o TIK.

Finalmente, hay dos estudios que hacen hincapié en la terapia basada en Mindfulness para el desarrollo de programas específicos para trastornos disruptivos, incluyendo o no, aportes de otras miradas (TCC, teoría de emociones, etc.).

Objetivos de los estudios

El objetivo principal de los artículos recabados es estudiar la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos que abordan. En algunos casos, comparando con tratamientos usuales (TAU) o lista de espera, y en otros casos comparando con otros programas para comportamientos disruptivos.

Hay 3 estudios que investigan la factibilidad y/o aceptabilidad de programas en desarrollo o de programas establecidos, pero aplicados a otra población o sintomatología, es el caso de la construcción del protocolo adaptado para niños de DBT (Perepletchikova et al, 2017) o del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (Hawks et al, 2019). El tercer estudio investiga sobre la aplicación de CPS específicamente en población de niños con irritabilidad severa (Mulraney et al, 2022).

En algunos casos, se examinan variables concretas, como por ejemplo los niveles de asistencia del terapeuta (Kling et al, 2010), el efecto en los estilos de crianza (Porzig-Drummond et al, 2014) o la mejora en síntomas de irritabilidad y mal humor (Derella et al, 2019). Hay un estudio que examina específicamente la diferencia entre un programa de tipo conductual y otro que se enfoca en lo emocional (Duncombe et al, 2014). Cabe mencionar, que una de las RS estudia también los moderadores en la aplicación de un programa para trastornos disruptivos (Menting et al, 2013).

Dentro de las RS, en 3 casos se trata de estudios de efectividad de tratamientos extendidos durante décadas (Incredible Years, Triple P y SNAP), mientras que los otros 2 casos, se centran en el TDAH: en el primer caso, revisando la efectividad de los entrenamientos en habilidades sociales (Storebø et al, 2019), y en el otro, de las intervenciones psicosociales y su efecto sobre la DE (Vacher et al, 2020).

Población: N, rango de edad y diagnósticos

De los 24 artículos seleccionados, entre los RCT y los estudios pilotos, hay un N de 2780. Mientras que las revisiones sistemáticas suman un N de 24873, ya que algunas incluyen un número muy grande de estudios. Los RCT y estudios pilotos varían, siendo el que tiene menor N, un estudio en el que participan solo 3 niños (Prout et al, 2019), y el RCT con mayor N, cuenta con una muestra de 908 familias (Stattin et al, 2015), siendo un estudio a nivel nacional llevado a cabo en Suecia.

En relación al rango de edad, el 37.5% de los artículos cumple exactamente con el rango definido para el criterio de inclusión (edad escolar: 6 a 12 años), mientras que el resto de los artículos abarcan rangos distintos (incluyendo totalmente o no, al rango definido anteriormente). Un 29% incluye niños más chicos, un 21% niños más grandes y un 12.5% abarca un rango de niños tanto más chicos, como más grandes. Cabe mencionar, que los artículos se incluyen igual, a pesar de no cumplir exactamente con el rango estipulado, ya que se considera que pueden haber aportes interesantes, teniendo en cuenta esta variable.

Con respecto a los diagnósticos y descripción de los niños que participan en los estudios, en el 100% de los casos se habla de trastornos, dificultades o problemas conductuales o disruptivos.

Hay 8 estudios específicos de TDAH, que suelen incluir comorbilidades con trastornos disruptivos. Otros 8 son específicos de TOD, mientras que en 2 casos se centran en la irritabilidad severa. Hay 1 estudio enfocado en DMDD y 1 en DE.

La descripción diagnóstica de la población está en línea con lo expresado en el marco conceptual, acerca de las dificultades en la delimitación de estos diagnósticos, la frecuencia de las comorbilidades, o el solapamiento de sintomatología entre diversos cuadros nosológicos.

Métodos e instrumentos de medición

Observando los métodos utilizados, vemos que el 71% de los artículos son ensayos controlados aleatorizados (RCT), el 21% revisiones sistemáticas con y sin meta-análisis, y el 8% restante son estudios pilotos experimentales.

Hay diversas formas de obtener las muestras: por derivación de servicios comunitarios, por referencia de algún servicio universitario o por publicidades en escuelas, centros de salud o clubes infantiles. Se suelen tomar medidas pre y post intervención. En algunos casos, hay datos sobre seguimiento, y en otros no.

De los instrumentos de medición, podemos ver que hay un espectro muy amplio de cuestionarios y técnicas aplicadas, ya que son muy pocos los que se repiten entre diversos estudios, incluso teniendo en cuenta que muchas veces apuntan a medir los mismos resultados.

Hay más de 60 técnicas de medición entre los diferentes artículos, y en la Tabla 5, podemos ver cuáles son los que aparecen más de una vez.

Tabla 5

Instrumentos de medición y número de repeticiones en los artículos seleccionados.

Técnica de medición	Nº repeticiones
Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)(Eyberg & Pincus, 1999).	4
Clinical Global Impression–Severity (CGI-S; Guy, 1976)	4
Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach & Edelbrock, 1983).	4
Social Competence Scale–Parent (P-Comp)(Webster-Stratton & Hammond, 1998)	3
The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997).	3
Emotion Regulation Checklist (ERC; Shields & Cicchetti, 1997)	3
The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997).	3
Parent Practices Interview (PPI)(Webster-Stratton, 1998; Webster-Stratton, Reid, & Hammond, 2001).	2
Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) (Abidin, 1995)	2
The Depression Anxiety Stress Scales—21 (DASS-21)(Lovibond & Lovibond, 1995)	2
Parents’ Sense of Competence measure (PSOC; Johnston & Mash, 1989).	2
Disruptive Behavior Disorders Rating Scale (DBDRS; Barkley, 1997; Pelham, Gnagy, Greenslade, & Milich, 1992).	2
The Parent Stress Scale (PSS; Berry and Jones, 1995).	2

Los más utilizados fueron el ECBI, el CGI-S y el CBCL. El ECBI es un cuestionario puntuado por padres, que se utiliza habitualmente para medir resultados en estudios de trastornos disruptivos. El rango de edad es de 2 a 16 años y evalúa comportamientos problemáticos, su frecuencia y severidad.

El CGI-S es un cuestionario puntuado por clínicos, que es comúnmente utilizado para medir la impresión global de la severidad de los síntomas y la respuesta al tratamiento. Se trata de que el clínico pueda evaluar la severidad actual del paciente en función de su experiencia pasada tratando pacientes con el mismo diagnóstico.

El CBCL es un instrumento muy extendido, que completan los padres con la finalidad de detectar problemas comportamentales y emocionales en niños y adolescentes. Es utilizado en la población que va desde los 6 a los 18 años.

Tratamientos: modalidad y cantidad de sesiones

Con respecto a los tratamientos, para esta revisión se seleccionaron programas que tuvieran aplicación clínica y no fueran diseñados para contextos educativos. Sin embargo, alguno de los programas, tienen también aplicación para el ámbito escolar (por ejemplo: Incredible Years). El 39% son programas específicos para padres, el 25% para padres y niños por separado, el 18% para padres y niños en conjunto y el 18% restante, solo para niños.

En cuanto a la modalidad, en el 57% de los casos es grupal, el 26% integra tanto grupal como individual, y el 17% tiene implementación individual. Más de la mitad de las intervenciones tienen un promedio de entre 8 y 12 sesiones. La que tiene menos sesiones es tan solo 3, en el caso de la aplicación del programa 1-2-3 Magic (Chesterfield et al, 2021), y la que tiene más es la aplicación del programa MTP, con 48 sesiones (Masi et al, 2014). Todos los programas terapéuticos duran entre 60 y 120 minutos.

Resultados

En líneas generales, los estudios demuestran la eficacia de las intervenciones en las cuales hacen foco, con excepción de un metaanálisis que estudia el entrenamiento de habilidades sociales en población con TDAH (Storebø et al, 2019). En este caso, no se encuentran cambios clínicamente

significativos que sostengan la hipótesis de la eficacia de este tipo de intervenciones para niños y/o adolescentes con TDAH. Por otra parte, si bien el programa PMTO muestra eficacia, no difiere al tratamiento estándar (Scavenius et al, 2020).

En los estudios comparativos tenemos diversos resultados. Choi et al (2013) concluyen que EMT tiene mejores resultados que SST, sobre todo en medidas emocionales: habilidad emocional, reticencia emocional y cooperación/empatía.

En otro estudio (Duncombe et al, 2014) se concluye que tanto TIK como Triple P son intervenciones efectivas, pero se consideran algunos moderados que arrojan información pertinente: la edad de los niños y el bienestar psicológico de los padres. En el primer caso, los niños mayores de 8 años, tienen mejores resultados en el programa TIK, mientras que los más pequeños responden mejor a Triple P. En segundo lugar, padres con peor bienestar en la línea de base, muestran mejores resultados en comportamientos amenazadores o vengativos en el programa TIK.

En el estudio nacional sobre programas para padres llevado a cabo en Suecia (Stattin et al, 2015), los resultados muestran la eficacia de los cuatro programas incluidos: Comet, Cope, IYPT y Connect, pero concluyen que Comet es el que tiene resultados globales superiores.

Por otra parte, Ollendick et al (2016) comparan un programa clásico con eficacia comprobada (PMT), con otro de creciente desarrollo (CPS). Los resultados muestran que son equivalentes en eficacia, lo cual genera evidencia en favor de CPS como programa que puede tener muy buenos resultados con este tipo de población.

En cuanto a los estudios de factibilidad y aceptabilidad, los resultados son consistentes para los tres programas que se valoran: DBT-C (Perepletchikova et al, 2017), UP-C (Hawks et al, 2019) y CPS (Mulraney et al, 2022). En los tres casos los resultados no solo muestran la factibilidad y la aceptabilidad, sino que muestran eficacia preliminar en el manejo de la sintomatología.

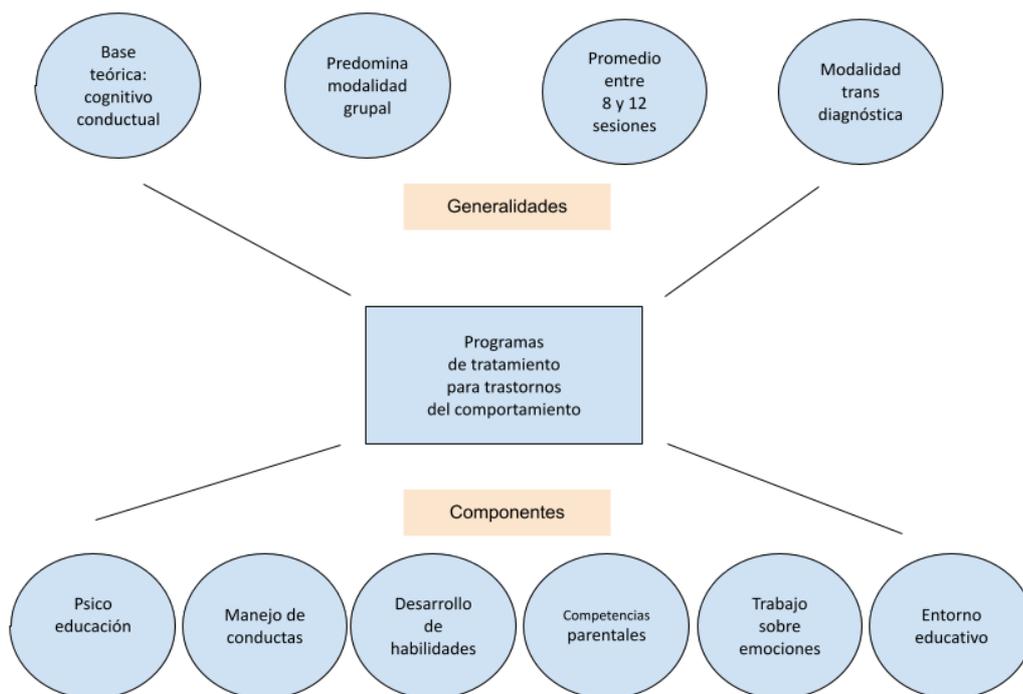
Finalmente, los estudios que valoran la incorporación de módulos específicos a programas ya establecidos, ambos tienen buenos resultados: módulo de modificación de sesgo atencional en RPPP (David et al, 2017) y módulo de irritabilidad en SNAP (Derella et al, 2020).

Contenido de los programas psicoterapéuticos

En este objetivo, nos proponemos *“Sistematizar los contenidos principales presentes en las intervenciones psicoterapéuticas para niños con trastornos comportamentales”*, para lo cual utilizaremos los datos presentes en la Tabla B1. Revisaremos los principales componentes de los programas de intervención para niños con problemas comportamentales, a partir de la descripción de la estructura del tratamiento explicitada en los estudios de eficacia, y de la información recabada en las páginas web oficiales de las intervenciones, en los casos donde existen. Presentamos la Figura 6 para resumir la información.

Figura 6

Generalidades y componentes de los programas de tratamiento para trastornos del comportamiento



Psicoeducación

La gran mayoría de las intervenciones comienzan con módulos de enseñanza o psicoeducación para los padres, en los cuales se explica el mecanismo de las conductas desafiantes o desajustadas de acuerdo al modelo teórico que sustenta el programa.

En programas como Incredible Years, PMT, THAV, Comet o Triple P, se realizan explicaciones basadas en el concepto de condicionamiento operante (Skinner, 1975) y de la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977). Según estos modelos explicativos, el niño aprendería conductas disruptivas a partir del reforzamiento y de los modelos sociales que tiene en el entorno. Un claro ejemplo sería: un niño tiene un berrinche en un supermercado porque quiere que le compren un juguete, los padres ceden ante la presión y le compran el juguete (reforzamiento), no sin antes intentar persuadirlo a partir de explicaciones que escalan a gritos (aprendizaje social).

Luego de esta explicación de base, cada programa hace hincapié en otros modelos teóricos que los nutren. Por ejemplo, en el caso de DBT-C, se adaptan para población infantil, los lineamientos de la Terapia Dialéctica Comportamental desarrollada por Marsha Linehan (1993). En este marco teórico, que también es de índole cognitivo-conductual, se destaca la importancia de entender a la DE como una especie de radar o sistema de alerta sensible, resultante de una vulnerabilidad biológica (y no como una falla personal), que requiere de un entorno validante, que permita un terreno fértil para el cambio.

En el caso de Triple P, se centran en los postulados de la crianza positiva, y psicoeducan sobre la importancia de generar entornos de bienestar para los niños a través de promover competencias parentales. Enseñan a los padres el papel central de aprender habilidades de afrontamiento, y cómo mejorar la comunicación entre las figuras de apego, para generar un mejor ajuste y establecer interacciones seguras, estables y afectuosas con los hijos.

CPS, desarrollado por el Dr. Ross Greene (2010) educa a los padres a entender las causas de los comportamientos disruptivos integrando elementos de las teorías clásicas descritas anteriormente junto a los desarrollos sobre regulación emocional, y transmiten un concepto

fundamental: los niños actúan bien si pueden, y si no lo logran, es debido a habilidades rezagadas y problemas sin resolver en donde hay que poner el foco para encontrar soluciones colaborativas y proactivas. Esto es similar al concepto de “pequeños adultos” que utilizan en el programa 1-2-3 Magic, en el cual problematizan sobre la tendencia de los padres a pensar en los niños como si fueran adultos en miniatura, desconociendo los mecanismos que están involucrados en sus comportamientos y en el desarrollo de sus emociones.

En líneas generales, la psicoeducación tiene como objetivo central quitar la carga de los problemas comportamentales a los hijos como “niños que se portan mal” y a los padres como “malos para la crianza”, a través de la explicación psicoeducativa de modelos teóricos de aprendizaje, vínculo, vulnerabilidad biológica, promoviendo crianzas más conscientes, empáticas y disfrutables, y disminuyendo la disciplina dura, el estrés y la depresión parental.

Manejo de conductas

Una vez que se concluyen los módulos introductorios, la psicoeducación continúa de manera transversal, pero se suele poner la atención en el manejo de las conductas, como siguiente capítulo a trabajar. A partir de los postulados del condicionamiento operante, en estos programas se suele poner el foco en dos elementos:

- extinción o manejo de comportamientos disruptivos o desajustados,
- reforzamiento de conductas positivas o adaptativas.

En el programa 1-2-3 Magic se habla de conductas STOP y START, para referirse a aquellas conductas que queremos detener (las disruptivas) y a las que queremos darle comienzo (las adaptativas).

En varios de estos programas, para los comportamientos disruptivos, se utilizan las siguientes técnicas: extinción, tiempo fuera, sistemas de castigos, consecuencias lógicas.

Para reforzar las conductas esperables se utilizan: elogios, atención positiva, comandos efectivos, sistemas de recompensas, modelo de fichas.

Veamos de manera más detallada estas técnicas. La extinción es una técnica de modificación de la conducta que se basa en los principios del condicionamiento operante. Se trata de ignorar una conducta desadaptativa o indeseada, con la finalidad de retirar los reforzadores que pueden estar generando que esta conducta vuelva a repetirse frente a situaciones similares. Los reforzadores no siempre son evidentes, e incluso simplemente dirigir la atención hacia una conducta, puede actuar como un reforzador. Por ello se habla de retirar la atención, o ignorar las conductas, sin mostrar una respuesta emocional, promoviendo la extinción paulatina de la misma.

Como contrapunto, la atención positiva se utiliza para reforzar conductas que sí deseamos que aparezcan o que se repitan en los niños. El reforzamiento positivo utiliza elogios o recompensas para estimular las conductas esperables. Los sistemas de recompensa son modalidades que los padres tienen para “premiar” al niño cuando aparece determinada conducta. El sistema de fichas es uno de esos sistemas, y se trata de ir juntando puntos, estrellas o lo que se convenga junto al niño, con objetivos a mediano y largo plazo. Las recompensas o premios pueden ser materiales, verbales, o incluso actividades para realizar en familia. A través de estas técnicas se busca estimular la motivación del niño para lograr objetivos.

En algunos programas se alienta el uso de otro tipo de estrategias. En las terapias centradas en Mindfulness, se prioriza la atención plena, la conciencia y el trabajo sobre la calma (tanto en padres como en hijos).

Tanto en DBT-C como en CPS se desalienta el uso de estas técnicas clásicas, ya que se considera que son invalidantes o que no surgen de acuerdos colaborativos, provocando la escalada de conductas. Se promueven en contraposición, técnicas de validación y de construcción de acuerdos con la participación de las preocupaciones de padres, pero también de los niños.

El caso de la RFT-C, dado que el modelo teórico es una completamente diferente, no se habla de manejo de conductas, sino que se refieren a la experiencia subjetiva del niño y a la identificación y trabajo sobre sus mecanismos de defensa en el contexto de la terapia de juego.

Desarrollo de habilidades

Uno de los aportes más significativos de los programas para padres y niños con dificultades comportamentales, es con seguridad el que tiene que ver con el desarrollo de habilidades socio-emocionales.

Una de las habilidades con mayor presencia en la descripción de las intervenciones es la de resolución de problemas. Aparece como módulo o elemento central en los siguientes programas: Comet, Incredible Years, Triple P, 1-2-3 Magic, MTP, SNAP, THAV, rPPP, UP-C, DBT-C, PMTO y CPS. Desarrollar en las familias habilidades de resolución de problemas parece ser fundamental a la hora de pensar el tratamiento de este tipo de dificultades.

La resolución de problemas, si bien toma características distintas de acuerdo al programa al que hagamos referencia, suele tener ciertos criterios en común. Se tratan de habilidades que buscan reconocer e identificar conflictos y desarrollar modos alternativos de ver las situaciones, para luego intentar buscar soluciones acordes. En ocasiones se prueba una posible solución, y si no funciona, se vuelve a probar otra. El foco no es resolver el problema al primer intento, sino estimular la flexibilidad mental y comportamental, y promover el pensamiento alternativo.

Otro gran grupo de habilidades son las denominadas habilidades sociales. Si bien no tienen una presencia tan extensa como las de resolución de problemas, sí forman parte del currículo de más de un programa (por ejemplo: Incredible Years o SNAP).

Hay programas que son específicos de habilidades sociales, pero tal como vimos en el apartado de Resultados, no parecen ser efectivos a la hora de tratar la sintomatología asociada a las dificultades disruptivas.

Dentro de las habilidades sociales se trabaja: habilidades conversacionales, capacidad de escucha, reacciones frente al rechazo o frente a bromas y críticas, habilidades de negociación en entornos sociales. Las habilidades sociales son un conjunto de comportamientos que se entrenan con la finalidad de desarrollar las destrezas de interacción, ya sea con pares o con adultos.

Algunos programas que no están tan centrados en el desarrollo de las habilidades, se refieren a las habilidades de auto-control como importantes en el diseño de los programas (es el caso de THAV o MTP). Los programas de Mindfulness también abordan este tipo de habilidades, a través de ejercicios concretos que se practican en las sesiones y se intenta buscar la generalización a otros ámbitos.

En los programas centrados en el desarrollo de habilidades, se suele referir a habilidades socio-emocionales en sentido amplio, apuntando a la mejora en las interacciones (Incredible Years), la crianza de niños capaces y confiados (Triple P), la capacidad de enfrentar dificultades o temáticas conflictivas (SNAP) o trabajar la tolerancia a la frustración y la efectividad interpersonal como módulos centrales (DBT-C).

Otros programas abordan tangencialmente el desarrollo de habilidades (CPS) o tienen módulos específicos (primer módulo de PMTO).

Competencias parentales

Directamente en línea con el desarrollo de habilidades, otra pata importante de los programas, es el desarrollo de las competencias parentales.

Varios programas apuntalan a los padres para que a través del cambio en ellos, se produzca un cambio en los niños. En ocasiones, no incluyen a los niños en las sesiones, ni en sesiones paralelas, sino que son programas específicos para padres (por ejemplo: Triple P).

Se trata de mejorar las habilidades socio-emocionales de los niños a través del fortalecimiento de las competencias parentales.

En el programa Incredible Years se trabajan las siguientes competencias parentales: habilidades interpersonales, comunicación efectiva, manejo del enojo y la depresión, resolución de problemas entre adultos y motivación para la búsqueda y recepción de apoyos.

Por otra parte, el programa 1-2-3 Magic promueve competencias parentales específicamente centradas en el manejo de conductas problemáticas, el establecimiento de límites claros, la adhesión a pautas de interacción, y la escucha empática. En relación a esta última, sugieren establecer hábitos

de comunicación saludable con los hijos, realizando preguntas abiertas, no juzgadoras, reflejando las emociones identificadas en el momento y chequear y devolver la información sintetizada a los niños, para que logren integrarla y manejar más adaptativamente sus emociones y conductas.

Triple P es probablemente, uno de los programas que hace mayor hincapié en el desarrollo de las competencias parentales. Para ello, tienen una lista de diecisiete estrategias o habilidades que los padres deberían trabajar. Las dividen en: desarrollo de relaciones positivas, estimulación de comportamientos esperables y enseñanza de comportamientos y nuevas habilidades. Dentro de las relaciones positivas se incluyen: pasar tiempo de calidad con los hijos, tener conversaciones frecuentes con los niños basándose en sus intereses y mostrar afecto, ya sea verbal como físico.

Con respecto a los comportamientos esperables, hablan de competencias parentales en la utilización de elogios, el brindar atención positiva y el proveer a los niños de actividades interesantes, apropiadas a sus gustos e intereses.

Finalmente, en el terreno de las nuevas habilidades, proponen ser modelo de comportamiento para los hijos, intentando ser un "buen ejemplo", la utilización de la enseñanza incidental, que es el aprendizaje en los entornos naturales; la utilización de instrucciones verbales y la implementación de monitores de comportamiento que puedan dar cuenta de los procesos.

Algunos programas, aunque no están centrados en el desarrollo de las competencias parentales, también incluyen estimular ciertas habilidades, como ser en aumentar los comportamientos deseables de los niños (PMT), manejar el estrés (rPPP) o involucrarse positivamente en las actividades de sus hijos (PMTO).

Quizás el programa que más se centra en el desarrollo de las competencias parentales es DBT-C, ya que habla acerca de convertir a los padres en coaches de sus propios hijos. Para ello, promueven que sean capaces de brindar resoluciones efectivas a diferentes problemas o situaciones conflictivas. Asimismo, estimulan a los padres a que logren identificar sus propias respuestas emocionales, y que logren el manejo de vulnerabilidad propias y de sus hijos en relación al amor propio, la seguridad y la sensación de pertenencia.

Trabajo sobre emociones

Si bien nos detendremos especialmente en este ítem en el objetivo específico N°4, cabe mencionar que el trabajo sobre las emociones es un componente a destacar dentro de los programas incluidos en esta revisión. A continuación, haremos un recuento de los programas que incorporan módulos o técnicas específicas para el trabajo sobre emociones, aunque profundizaremos en el tema en el siguiente apartado.

Hay algunos programas que están basados o diseñados a partir del trabajo sobre las emociones, como es el caso de EMT, TIK o RFT-C. En estos casos, tanto el sustento teórico, como los elementos prácticos, tienen que ver con las emociones. Suelen enfocarse en la identificación, expresión y regulación de las emociones.

En otros programas tiene también un rol protagónico, aunque integrado a otros elementos: es el caso de rPPP, DBT-C o UP-C. En estos programas, el trabajo sobre las emociones está presente en la base teórica y suelen haber módulos importantes orientados a esto.

Los programas orientados a Mindfulness suelen trabajar sobre las emociones de manera experiencial, promoviendo la integración de pensamientos y emociones de una manera consciente.

Incredible Years y 1-2-3 Magic han ido incorporando el trabajo sobre las emociones a lo largo de los años, y si bien no están en el origen de los desarrollos teóricos, si cumplen un rol importante el día de hoy, ya sea como módulos o sub-programas.

En CPS la regulación emocional tiene un papel notorio, sobre todo como una de las posibles habilidades rezagadas. Por su parte, el programa SNAP se centra en enseñar a los padres a lidiar con sus propias emociones y tiene un módulo específico para irritabilidad.

En programas como MTP o PTM, si bien no hablan de regulación emocional directamente, sí refieren al auto-control, especialmente de emociones como el enojo o la rabia.

Entorno educativo

Teniendo en cuenta que los entornos educativos son muy importantes en la vida de los niños, ya que es uno de los espacios donde pasan mayor cantidad de horas, varios programas han

incorporado en la estructura del tratamiento, a la institución escolar como un actor más, con participación más o menos activa.

Cabe mencionar que esta revisión se basa en programas de aplicación clínica, por lo tanto, se dejan de lado programas específicos de aplicación escolar, pero varios de los programas descritos, también tienen aplicación en contextos educativos.

El programa Comet incluye a la escuela a través de un cuaderno de notas que viaja entre la casa y la escuela, y de manera similar, PMT tiene cartas de reporte diarias, que también tienden puentes entre los dos ámbitos más importantes en la vida de los niños.

En el caso de Triple P, desde los comienzos del programa mantienen relaciones colaborativas con los maestros, con más de 35 años de evidencia a favor.

Más novedoso, pero en la misma línea, CPS promueve modelos de interacción colaborativos y saludables entre los niños y aquellos que participan en sus vidas, incluyendo los entornos educativos.

Otro tipo de abordaje es el que hace Incredible Years, ya que directamente aborda habilidades cognitivas, como ser lectoescritura o la organización de tareas domiciliarias. Por otra parte, apuntala la persistencia académica como un objetivo de trabajo.

Tratamientos enfocados en regulación emocional

En el cuarto objetivo específico nos propusimos *“Identificar y describir los tratamientos que tienen como objetivo central o periférico, el trabajo sobre la regulación emocional”*.

Para dar respuesta a este objetivo, utilizaremos la información sistematizada en las Tabla 6 y Tabla 7. Dividimos la información en dos tablas por cuestiones de legibilidad. En la Tabla 6 observamos las generalidades de los tratamientos: población, edad, sesiones. En la Tabla 7 podemos ver la descripción de los tratamientos según objetivos, marco teórico y trabajo sobre RE.

Para la confección de la tabla nos centramos en los tratamientos que trabajan la RE como proceso central o periférico, dejando por fuera aquellos que no la abordan.

Tabla 6

Generalidades de los tratamientos (población, edad, sesiones)

Tratamiento	Población	Rango de edad	Implementación	Duración
Programa Incredible Years	Padres o cuidadores Niños Educadores	0-12 años	IY Programa para niños IY Programa para padres (Basic y Advance) IY Programa para educadores	Grupos para niños: 18 a 22 sesiones semanales 2 horas de duración Grupos para padres: 12 a 20 sesiones semanales 2-3 horas de duración
Entrenamiento en manejo emocional (EMT)	Niños	9-13 años	Programa de entrenamiento emocional	16 sesiones dos veces por semana 1 hora de duración
Programa 1-2-3 Magic	Padres y cuidadores Niños Educadores	2-12 años	Programa niños 1-2-3 Magic: Disciplina efectiva para niños de entre 2 y 12 años Programa padres/cuidadores/educadores 1-2-3 Magic: Disciplina efectiva para niños de entre 2 y 12 años 1-2-3 Magic Coaching emocional	1 o 2 sesiones semanales durante 4-8 semanas (4 a 16 sesiones) 1.5 horas de duración
Tuning in to Kids	Padres y cuidadores Educadores	18 meses a 18 años	Tuning in to Kids Tuning in to Teens Dads tuning in to kids Tuning in to toddlers Teachers tuning in to kids	6 a 10 sesiones 2 horas de duración

Programa Stop Now and Plan (SNAP)	Niños Padres	6-11 años	SNAP Boys SNAP Girls Other SNAP programs (escuelas, comunidades aborígenes, sistema de justicia juvenil)	13 sesiones con frecuencia semanal o hasta 1,5 años de acuerdo a las necesidades 90 minutos de duración
Programa Positivo Racional para padres (Rational Positive Parenting Program)	Padres	2-12 años	rPPP sesiones presenciales rPPP online	10 sesiones con frecuencia semanal 90 minutos de duración
Terapia Dialéctica Comportamental para niños (DBT-C)	Padres Niños	6-12 años	DBT-C	32 sesiones con frecuencia semanal 90 minutos de duración
Protocolo Unificado para Niños (UP-C)	Padres Niños	7-13 años	UP-C	10 sesiones con frecuencia semanal (originalmente son 15) 90 minutos de duración
Terapia Mindfulness	Padres Niños	7-12 años	Protocolo adaptado de Montano and Villani (2016) Protocolo que integra elementos de van der Oord et al (2012), Huguet et al (2017) y Snell (2013)	9 sesiones con frecuencia semanal 90 minutos de duración 8 sesiones con frecuencia semanal 75 minutos de duración
Terapia centrada en Regulación (Regulation Focused Therapy RFT-C)	Padres Niños	4-12 años	RFT-C	16 sesiones individuales con niños 4 sesiones con padres
Soluciones proactivas y colaborativas (CPS)	Padres Niños	4-18 años	CPS	12 sesiones con frecuencia semanal 75 minutos de duración (o variable)

Tabla 7

Descripción de los tratamientos según objetivos, marco teórico y trabajo sobre RE

Tratamientos	Marco teórico	Objetivos	Regulación Emocional	Técnicas
Programa Incredible Years	Teoría cognitivo-cond uctual (Beck, 1963) Teoría del aprendizaje social (Bandura) Teoría del apego (Bowlby, 1977)	- Disminuir factores de riesgo - Incrementar factores de protección	- Abordan directamente la RE como un módulo más de trabajo. - Promover la RE es uno de los objetivos a corto plazo. - Tienen un material (DVD de 48 minutos) específico de RE, diseñado para promover habilidades emocionales, resolución de problemas y manejo de enojos durante situaciones de conflicto.	- Reconocimiento y expresión de emociones. - Estrategias de calma. - Uso de historias, títeres, fotos y role-playing. - Práctica de pensamientos de calma, imaginiería positiva, respiración profunda, autoinstrucciones de afrontamiento. - Termómetro de las emociones.
Entrenamiento en manejo emocional (EMT)	Teoría de la emoción de Schaffer (2005) Teoría de regulación emocional de Gross (1998)	- Mejorar el reconocimiento, expresión y regulación de las emociones.	- El programa se basa en el concepto de RE como proceso central. - Todas las sesiones abordan temas vinculados a las emociones, algunas profundizan específicamente en la RE.	- Reconocimiento de expresiones faciales, trabajo con fotografías - Definición de emociones. - Juego de adivinanzas de palabras emocionales. - Reconocimiento y expresión de emociones a través de la música. - Juegos de mesa

				sobre emociones. - Guiones emocionales. - Dramatización y representación de situaciones emocionales.
Programa 1-2-3 Magic	Teoría de aprendizaje operante (Skinner, 1963) Teoría cognitivo-conductual (Beck, 1963) Teoría de aprendizaje social (Bandura, 1977)	- Controlar los comportamientos negativos. - Promover los buenos comportamientos. - Fortalecer las relaciones padres-hijos. - Alentar la disciplina firme pero gentil, sin discusiones, gritos o violencia física.	- Aborda la RE como un módulo de trabajo, o tangencialmente a otros elementos del programa. - Tienen un programa específico de coaching emocional.	- Coaching emocional. - Estrategias cognitivas para que los padres puedan enseñar a sus hijos a manejar sus emociones. - Manejo de emociones parentales para evitar conflictos. - No hablar, no emociones.
Tuning in to Kids	Teorías de regulación emocional (Cole, Trentacosa, Keenan, Cicchetti, Thompson). Competencias emocionales (Saarni, 1999) Modelamiento parental y coaching emocional (Gottman, Katz y Hooven, 1997) Otra influencias: Mindfulness,	- Prevenir el desarrollo de problemas en niños. - Promover las competencias emocionales en padres y niños. - Reducir y tratar problemas emocionales y comportamentales en niños.	- Se presenta como alternativa a los programas comportamentales. - Se basa teóricamente en los modelos de RE. - Se centra en incrementar la conciencia y RE, tanto en padres como en niños. - Apunta a mejorar el reconocimiento y expresión de emociones.	- Psicoeducación de las emociones. - Role-playing con guiones emocionales. - Trabajo sobre la empatía. - Detective de emociones. - Coaching emocional: tolerar las emociones, conciencia emocional. - Discusiones sobre meta-emociones: creencias, reacciones automáticas, mensajes. - Vocabulario

	Teoría del Apego, Neurofisiología			emocional. - Foco sobre el enojo: calma, auto-control, expresión emocional.
Programa Stop Now and Plan (SNAP)	Teoría cognitivo-actual (Beck, 1963) Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) Teoría de sistemas Teoría del apego (Bowlby, 1977) Teorías del desarrollo Feminismo	Para niños: - Reducir los comportamientos disruptivos, el contacto con la policía o futuras ofensas criminales. - Incrementar el auto-control, la RE y las habilidades de resolución de problemas. Para padres: - Mejorar las habilidades parentales, la auto-eficacia, RE y capacidad de resolución de problemas.	- Es uno de los principios básicos a trabajar tanto con los niños como con los padres. - Enseña a tomar conciencia sobre las respuestas emocionales y cómo desencadenan comportamiento agresivos.	- Reconocimiento de claves fisiológicas, activación emocional. - Estrategias de calma: respiración profunda, contar hasta diez, controlar sus manos (STOP, frenar). - Reestructuración cognitiva y planificación.
Programa Positivo Racional para padres (Rational Positive Parenting Program)	Teoría Cognitivo-actual (Beck, 1963) Teoría de Regulación Emocional (Gross, 2003)	- Promover relaciones positivas padres-hijos. - Fortalecer el desarrollo de los niños. - Manejar las dificultades comportamentales.	- Es una de las dos teorías sobre la que se sostiene el programa. - Incluyen técnicas de trabajo para RE de padres y coaching emocional de sus hijos.	- Herramientas RETMAN, caricaturas para enseñar RE a niños. - Aplicación "la píldora psicológica". - Modelo ABC para entender su conexión con las emociones. - Reconocimiento y expresión de emociones.

				- Aceptación y validación incondicional. - Trabajo sobre sesgos de interpretación emocional.
Terapia Dialéctica Comportamental para niños (DBT-C)	Terapia Dialéctica Comportamental (Linehan, 1993)	- Aliviar problemas actuales. - Reducir el riesgo de psicopatología asociada en el futuro. - Promover mejoras en el relacionamiento con el entorno y con sí mismo.	- La RE es tomada como proceso central y constructo clave para el diseño del programa. - Es uno de los 4 módulos que conforman el programa.	- La ola emocional: evento, pensamiento, emoción, necesidad de actuar y efecto. - Surfando tu emoción. - Acción opuesta. - Habilidades PLEASE (salud física, comida saludable, no consumo de drogas, dormir bien y hacer ejercicio). - Habilidades LAUGH (soltar las preocupaciones, aplicarte, usar estrategias de afrontamiento, fijar metas y divertirse).
Protocolo Unificado para Niños (UP-C)	Teoría cognitivo-conductual (Beck, 1963) Terapias de tercera generación Enfoques transdiagnósticos (Barlow, Ehrenreich-Ma y)	- Reducir conductas maladaptativas - Fomentar interacciones padres-hijos conscientes y saludables - Promover la regulación emocional - Estimular	- LA RE es tomada como proceso central y constructo clave para el diseño del programa, en conjunto con técnicas de tipo cognitivo-conductual.	- Detective de emociones (miedo, enojo, tristeza): Psicoeducación Reestructuración cognitiva Mindfulness Entrenamiento en solución de problemas Activación conductual

		flexibilidad cognitiva		Tratamiento basado en exposición a la emoción
Terapia Mindfulness	Teoría cognitivo-conductual (Beck, 1963) Terapias de tercera generación: terapias basadas en Mindfulness (Kabat-Zinn, 2003)	- Reducir el perfil de DE en niños diagnosticados con TDAH - Reducir síntomas vinculados al TDAH - Mejorar comportamientos disruptivos - Promover aprendizaje emocional - Experimentar la importancia de aceptar las emociones	- Es un objetivo importante dentro de este tipo de programas, aunque no está en la base de su diseño de tratamiento. - Promueven la regulación de emociones a través de la aceptación y de los ejercicios para practicar la calma.	- Ejercicios de aceptación de emociones. - Observación sin juzgar. - Exploración de eventos emocionales del pasado. - Meditaciones de escaneo corporal.
Terapia centrada en Regulación (Regulation Focused Therapy RFT-C)	Terapias psicodinámicas Teorías de la regulación emocional (Southman Gerow y Kendam, 2002)	- Fortalecer la regulación emocional de niños. - Promover el apoyo empático de parte de los padres.	- Está en la base teórica del desarrollo del tratamiento. - Es un objetivo terapéutico que se trabaja directamente.	- El terapeuta identifica y verbaliza los comportamientos defensivos de los niños. - A los padres: ayudan a desarrollar la comprensión de los fenómenos comportamentales de sus hijos.
Soluciones proactivas y colaborativas (CPS)	Teoría cognitivo-conductual (Beck, 1963) Teoría de sistemas Teoría del	- Promover la resolución de problemas entre padres e hijos de forma de mejorar las dificultades	- Es una de las 4 habilidades rezagadas centrales que se valoran, junto a: flexibilidad/adaptabilidad,	- Las habilidades se trabajan de forma indirecta: a través de comprometer a los niños a resolver problemas de manera proactiva y

aprendizaje social (Bandura, 1977) Neurociencias	comportamental es y las interacciones familiares.	resolución de problemas y tolerancia a la frustración. - No forma parte de la base teórica en el diseño del programa.	colaborativa.
---	---	--	---------------

Tal como adelantamos en el objetivo específico N°3, podemos observar diferentes niveles en cuanto a la presencia de la RE en el desarrollo teórico y práctico de los programas. En algunos, la RE juega un papel central, estando en el origen de los desarrollos teóricos, así como también de los objetivos terapéuticos. En estos programas, la RE se toma como proceso central. En otros programas, se integra la RE como un aspecto periférico o como un módulo de trabajo en el desarrollo de las intervenciones.

De las 19 intervenciones psicoterapéuticas de esta revisión, seleccionamos 11 en donde se aborda de manera directa la RE. Dentro de esas 11, podemos diferenciar las que toman a la RE como proceso central (7), de las que lo abordan como un proceso periférico (4).

Generalidades

Con respecto a las características generales de los programas con énfasis en RE, no hay diferencias significativas en relación al resto de los programas. La población a la cual apuntan varían abarcando niños, padres, niños y padres, educadores y cuidadores. La mayoría de los programas trabajan con padres y niños, ya sea en simultáneo, o de manera paralela. En rango de edad no se correlaciona tampoco con un énfasis en RE.

Se aclara en la Tabla 7 los tipos de implementación de los programas, ya que en algunos casos, hay diferencias entre las modalidades, con mayor o menor presencia del factor RE. Es el caso de 1-2-3 Magic, que tiene un programa específico de Coaching emocional, en el cual se profundizan conceptos que en las otras modalidades no necesariamente aparecen. Asimismo, Incredible Years

tiene un DVD sobre RE que aborda el tema en un material de 48 minutos con información teórica y práctica.

La duración de los tratamientos sigue la línea del resto de los programas. Suelen ser programas manualizados, que tienen predeterminada la cantidad de sesiones. Hay algunas intervenciones que son más personalizadas, amoldándose a las necesidades de la familia y el niño en cuestión (CPS, DBT-C).

Marco Teórico

A excepción de RFT-C (de base psicodinámica), el resto de los programas tiene una base cognitivo-conductual, ya sea centrándose en los postulados más básicos de estos desarrollos teóricos (como ser el condicionamiento operante), o en los aportes de las teorías de tercera generación. En este último caso, podemos nombrar las terapias basadas en mindfulness, la terapia dialéctico comportamental (DBT-C) o el protocolo unificado para niños de base transdiagnóstica (UP-C).

Es muy habitual encontrar a la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977) como base teórica de varios de los programas (Incredible Years, 1-2-3 Magic, SNAP y CPS). Según esta teoría, al ser los niños copiadores natos, es fundamental el entorno y los modelos sociales de los cuales los niños se nutren. Asimismo, los niños suelen modificar sus comportamientos en función de lo que ven.

La teoría del apego de Bowlby (1977) está presente en la base teórica de Incredible Years, TIK y SNAP. Bowlby se dedicó extensamente a describir los efectos de las modalidades de apego con las primeras figuras de cuidado, y cómo las mismas producen una influencia en los futuros modos de relacionamiento. De acuerdo a Bowlby, distintos tipos de apego repercuten en la construcción de la personalidad y las maneras de vincularse de los niños.

En el caso de los programas basados en teorías sobre emociones, se repite la teoría de la RE de Gross (1998) tanto en EMT, TIK y rPPP. Gross considera la RE como procesos mediante los cuales las personas ejercemos un control (más o menos exitoso) sobre las emociones. Este proceso tiene cuatro componentes esenciales: se elicitada una situación emocional, la persona redirige su atención, se generan pensamientos en relación al suceso y luego se da una respuesta emocional.

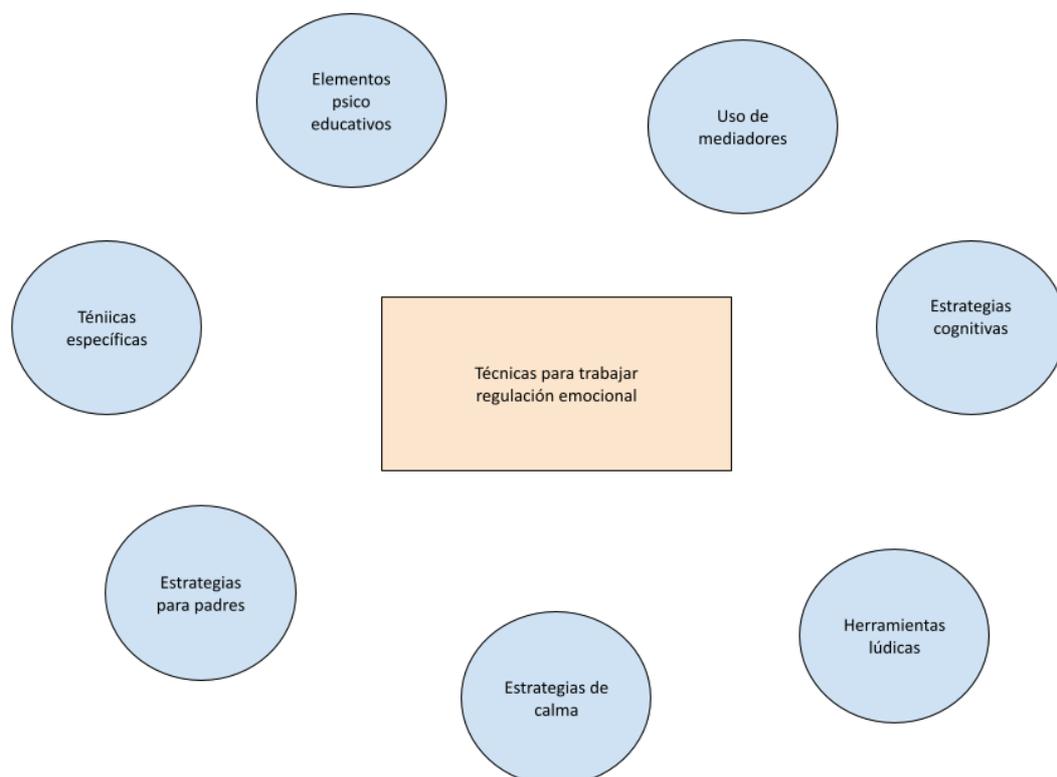
En el caso de RFT-C se centran especialmente en el desarrollo teórico de la RE de Southman-Gerow y Kendall (2002). Estos últimos siguen los planteos de autores como Gross, y refieren también a los procesos intrínsecos y extrínsecos de la RE. Dan un panorama amplio de la relación entre RE con los diversos cuadros psicopatológicos y la posible integración de estos conceptos en la construcción de programas terapéuticos.

Técnicas terapéuticas

A continuación haremos un recuento de las técnicas psicoterapéuticas utilizadas en los diferentes programas para trabajar con las emociones, o más específicamente, la RE.

Figura 7

Técnicas para trabajar la regulación emocional



Elementos psicoeducativos. Una de la línea más habitual a nivel técnico, es trabajar elementos de tipo psicoeducativos. En líneas generales, se trata de promover la identificación y el

reconocimiento de emociones. Esto puede ser a través del trabajo con fotografías propias o ajenas con expresiones emocionales, o con mímica.

En el caso de SNAP, agregan un elemento de mayor abstracción aún, que es el reconocimiento de las claves fisiológicas de activación emocional, y cómo al enseñar esto a los padres, pueden generar un mayor nivel de comprensión del estado emocional de sus hijos.

Una vez trabajado el nivel de identificación de emociones, se suele profundizar en la expresión emocional, y para ello, se utilizan diferentes técnicas.

Uso de mediadores. La expresión emocional es favorecida con el uso de mediadores, esto puede ser utilizando: elementos artísticos, como títeres y dramatización de historias, canciones y diversas expresiones musicales, fotografías, cuentos, historietas, juegos de improvisación emocional o role-playing, o la utilización de juegos de mesa (EMT).

Estrategias cognitivas. Otro grupo de técnicas significativas para el trabajo sobre emociones, que se repite a través de varios programas, son las estrategias de tipo cognitivas: práctica de pensamientos de calma, imaginación positiva, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones para afrontamiento emocional, entre otras.

En el caso de rPPP incluso hacen alusión a la aplicación del modelo ABC de la teoría cognitivo conductual para enseñar la relación entre situación-pensamiento-emoción. DBT-C tiene un planteo similar, que introduce con la técnica de la "ola emocional". En este caso, explican la aparición de un evento que desencadena un pensamiento, una emoción, la necesidad de actuar y el efecto, y trabajan con los niños la habilidad de "surfear la ola".

Herramientas lúdicas. Se nombran algunas herramientas de tipo lúdicas para abordar objetivos de regulación emocional. Con la técnica "detective de emociones", que aparece tanto en TIK como un UP-C se trata de identificar, reconocer y manejar emociones a través de juego de roles. El niño puede sentirse motivado por tener el rol de detective, y estar más proclive a incorporar el contenido trabajado.

El "termómetro de emociones", citado en Incredible Years y en DBT-C, es una herramienta muy valiosa para que los niños logren identificar la intensidad de sus emociones de acuerdo a un termómetro con colores, que señala los matices de las emociones y promueve integrar la idea de distintas intensidades/distintas conductas.

El programa rPPP por su parte, utiliza las historias de RETMAN, una caricatura inspirada en el desarrollo de autores del Instituto de Albert Ellis en la década de los 80. RETMAN introduce, a través de historias amigables para los niños, conceptos de RE. Este personaje explica la conexión entre pensamiento y emociones, cómo los pensamientos irracionales causan emociones displacenteras y cómo lograr pensamientos racionales que nos ayuden al equilibrio emocional. Para ello RETMAN utiliza la "PsyPill" o "píldora psicológica". Los desarrollos del programa rPPP realizaron una app con este concepto, que ayuda a padres e hijos a lograr mayores niveles de RE.

Estrategias de calma. Con las terapias basadas en Mindfulness a la cabeza, las estrategias de calma son aliadas importantes para lograr estados de regulación emocional. Dentro de las técnicas utilizadas, encontramos observación sin juzgar, respiración profunda, contar hasta diez, meditaciones con escaneo corporal; así como otras estrategias de mayor complejidad: conciencia y tolerancia a las emociones, aceptación y validación incondicional, exploración de eventos emocionales del pasado, etc.

Debido al perfil poblacional de los niños incluidos en los estudios, en varios programas hacen hincapié en el auto-control del enojo o la ira.

Este tipo de estrategias apuntan a retornar a la línea de base una vez que hay activación emocional, y por otro lado, tener un relacionamiento más saludable con las emociones (tanto en padres, como en niños).

Estrategias para padres. Muchas de las técnicas mencionadas son tanto para los padres, como para los niños. En algunos programas se trabajan de forma paralela, y en otros en forma conjunta.

Algunos programas, como 1-2-3 Magic o DBT-C hablan de los padres como coaches de sus hijos, y para ello, previamente tienen que desarrollar sus propias herramientas de RE.

La mayoría de los programas parten de la premisa que la regulación de los padres, ayudaría de manera directa a favorecer la regulación de los niños. Es habitual que se trabaje la respuesta emocional de los padres frente a los comportamientos disruptivos de los niños, intentando lograr interacciones orientadas al bienestar familiar.

Programas como CPS buscan trabajar tangencialmente estrategias de RE a través de promover modelos comunicacionales y de interacción, pero en este caso, tendientes a la resolución de problemas. Para ello, se enfocan en brindar estrategias concretas a los padres para comunicarse con sus hijos: no juzgar, no reaccionar desde la emoción, buscar la calma, entre otras.

Técnicas específicas. Cabe hacer mención de dos técnicas específicas para trabajar sobre las emociones: sesgos de interpretación emocional y exposición a la emoción con acción contraria.

En el primer caso, David et al (2017) estudian la incorporación de un módulo específico de al programa rPPP, con muy buenos resultados. El trabajo sobre los sesgos atencionales está diseñado para modificar la forma en que los padres están proclives a centrar su atención en emociones como el enojo, la irritabilidad y la tristeza en sus hijos. Este entrenamiento lograría redirigir la atención a otras expresiones emocionales, o neutralizar la respuesta parental.

Por otra parte, tanto en UP-C como en DBT-C se alude a la técnica de acción contraria u opuesta. En UP-C se explica detenidamente: se generan situaciones en donde los niños activen respuestas emocionales de enojo, frustración, irritabilidad (por ejemplo, a través de tareas complejas), luego se da instrucciones a los padres acerca de cómo lidiar con esas situaciones en el momento preciso en que la emoción está activada. Esto promovería mayores grados de generalización a otros espacios. La acción opuesta se trata de realizar la acción contraria a la que llevaría a cabo a partir de la emoción que estoy sintiendo (por ejemplo: mostrar autocompasión cuando estoy enojado). Tanto en DBT-C como en UP-C estas técnicas se realizan con el cuidadoso apoyo de los terapeutas que están presentes.

Capítulo 4: Discusión y conclusiones

Discusión

En los 24 artículos que forman parte de esta revisión, identificamos 19 programas de tratamiento diferentes. Sin embargo, varios de estos programas tienen una base teórica similar, e incluso utilizan los mismos tipos de técnicas. Probablemente esta amplia variedad de programas tenga que ver con varios motivos. En primer lugar, por la relevancia dada a este tipo de trastornos, debido a la evolución desfavorable que pueden tener en la adolescencia o la edad adulta (Kazdin, 1998; Moffit y Caspi, 2001; Bayer et al., 2011; Okado y Bierman, 2015). Por otro lado, el costo-beneficio que la aplicación de estos programas suele tener, los hace muy atractivos para la construcción de políticas públicas (Brestan y Eyberg, 1998; Eyberg et al 2008; Kaminski et al, 2017). Finalmente, existe una idea establecida de que los programas sistematizados y manualizados permiten generar mayor evidencia en cuanto a su eficacia y aplicabilidad, aunque se haya estudiado que esto no necesariamente funciona de esta manera. (Truijens et al, 2019).

La relevancia de la temática, también la vemos reflejada en que el 83% de las publicaciones localizadas, son de revistas pertenecientes al factor de impacto 1, que es el más elevado y el que agrupa a las revistas científicas de mejor calidad. A su vez, el 71% de los artículos son RCT, que representan el nivel mayor de rigurosidad metodológica. Es decir, que el conjunto de artículos seleccionados para la revisión, parece ser de un muy buen nivel metodológico, aunque como veremos más adelante, tengan sus limitaciones.

La mayor parte de los artículos son estudios de eficacia y arrojan resultados prometedores, aunque en un rango de relevancia estadísticamente significativa entre bajo y moderado. Queda claro que la gran mayoría de los programas de entrenamiento de padres y/o niños para trastornos del comportamiento, son eficaces en menor o mayor medida, pero tal vez sería más útil y enriquecedor para la toma de decisiones, centrarse en otros aspectos más allá de la eficacia. Siguiendo los planteos de la TCCBP (Hayes y Hoffman, 2018), la investigación debería centrarse mucho más en valorar los moderadores y mediadores de los programas de intervención, más que solamente en su eficacia. En

este sentido, son pocos los estudios que consideran moderadores y mediadores en el diseño de investigación. Uno de esos estudios por ejemplo (Kling et al, 2010) identifica que la edad materna es un moderador en la aplicación del programa PMT, con mejores resultados en madres más jóvenes. Otro de los estudios (Duncombe, 2014) establece que la edad del niño funciona como moderador, teniendo mejores resultados en niños más grandes el programa basado en emociones, y en niños más chicos, el programa de tipo conductual. Esto puede ser explicado debido a que en niños más pequeños, existe mayor flexibilidad para generar cambios conductuales debido a que son hábitos o conductas instaladas desde hace menor cantidad de tiempo. Por otra parte, el acceso al lenguaje y la creciente capacidad de abstracción de los niños más grandes, puede brindar un terreno más fértil para el trabajo sobre las emociones (Thompson y Goodman, 2010). Estos dos ejemplos, nos dan la pauta de la importancia que pueden llegar a tener los moderadores a la hora de escoger, entre tantas opciones, qué intervención es más adecuada para determinado niño y su familia.

Con respecto a las características de los niños que forman parte de los estudios, un 33% se centra en TDAH, otro 33% en TOD, mientras que el resto incluye varios diagnósticos en simultáneo. La tendencia parece ir hacia una mirada transdiagnóstica, ya que incluso en los estudios centrados en una categoría diagnóstica específica, aclaran sobre el solapamiento de síntomas y la presencia habitual de comorbilidades. En algunos estudios incluso se habla de categorías amplias como “irritabilidad” (Derella, 2019) o incluso “desregulación emocional” (Vacher et al, 2020), aún cuando son conceptos más difíciles de medir o de valorar en el contexto de una investigación. La presentación clínica de los niños, rara vez es categorial, siendo las comorbilidades más una regla que una excepción (Frick y Ellis, 1999; Aitken, 2019).

Ahora bien, examinemos la variable edad. Por las diferencias evolutivas que hay entre niños preescolares, escolares y adolescentes, en esta revisión nos propusimos centrarnos en la etapa escolar, es decir, niños entre 6 y 12 años. El 37.5% de los estudios cumplieron con este criterio de inclusión, y el resto incluye niños más chicos (29%), más grandes (21%) y tanto más chicos como más grandes (12.5%). Si observamos con mayor detenimiento, podemos ver cómo los rangos de edades

dependen muchas veces del programa de intervención, ya que hay algunos programas con décadas de desarrollo, que tienen varias modalidades de programas de acuerdo a la edad del niño (como ser, Incredible Years o 1-2-3 Magic). Por otra parte, en estudios más grandes, como el estudio nacional llevado a cabo en Suecia por Stattin y colaboradores (2010), estamos hablando de un N muy elevado y un estudio a escala país, por lo tanto, hay datos de diversas etapas evolutivas. Tal como mencionamos anteriormente (Duncombe, 2014), la edad puede ser un moderador relevante para pensar en los programas de intervención, teniendo en cuenta la diferencia que puede llegar a haber entre técnicas orientadas a niños más pequeños en relación a niños más grandes, o incluso adolescentes.

Observando las modalidades de implementación, en un 83% de los casos se utiliza lo grupal como primera línea de elección. Esto se podría explicar por varios motivos. En primer lugar, la modalidad grupal permite una mejor utilización de los recursos, logrando abarcar una mayor cantidad de familias en menos tiempo. De esta manera, los costos también serían menores, posibilitando un acceso más abarcativo. Segundo, lo grupal permite visualizar que estas dificultades no son únicas, sino que hay muchas familias atravesando situaciones similares. Esto cobra más importancia teniendo en cuenta que es habitual que se culpabilice al niño por “portarse mal” y a las familias por no saber poner límites o no ser lo suficientemente buenos en la crianza (Johnston y Burke, 2019). Esto genera mayor aislamiento en las familias, así como sentimientos de vergüenza o de desesperanza (Greene, 2011). Lo grupal colaboraría a salir de ese aislamiento y a entender la problemática familiar de una manera más beneficiosa. Tercero, el grupo facilita el aprendizaje social y la incorporación de modelos, multiplicando las posibilidades de observar y resolver conflictos, ya sea propios como ajenos. Finalmente, para los niños puede ser más atractiva una actividad que implique otros niños, facilitando la motivación y adherencia al tratamiento.

Con respecto a la conveniencia de una implementación con padres y niños por separado, o de hacerlo en conjunto, en esta revisión vemos que no hay una predominancia de una modalidad por sobre la otra. La bibliografía tampoco es clara en este sentido, con resultados a veces contradictorios

(Webster-Stratton y Hammond, 1997; Kaminski et al, 2017). De todas formas, los programas con mayor eficacia comprobada, abordan padres e hijos de manera conjunta. Esto puede ser una línea interesante de investigación a futuro.

En relación a la cantidad de sesiones, el promedio de los programas incluidos en esta revisión es entre 8 y 12 sesiones, generalmente con frecuencia semanal. Este es un aspecto a prestar atención, ya que en nuestro medio los tratamientos psicoterapéuticos suelen tener una cantidad mucho mayor de sesiones. De hecho, la cantidad mínima de sesiones que un niño puede tener, en el marco de las prestaciones de salud mental del SNIS, es de 24 sesiones, con opción a prórrogas en caso de determinados diagnósticos, llegando a 144 sesiones en casos graves (Ministerio de Salud Pública, 2011). Es decir, que la implementación de este tipo de programas, con los beneficios que conllevan, podrían ser llevados a cabo incluso dentro del marco de este tipo de prestaciones, que son de relativo fácil acceso.

Dentro de los programas de tratamiento, evaluamos cuáles abordan la regulación emocional como objetivo, ya sea central como periférico. De los 19, consideramos que en 11 hay una inclusión real de este aspecto dentro del diseño del tratamiento, siendo en 7 un proceso central, y en 4 tomado como proceso periférico. Consideramos que es un número significativo, y que probablemente se relacione con el creciente interés que hay en el estudio de la regulación emocional, y más aún con que la investigación actual reconoce a la desregulación emocional como un proceso transdiagnóstico a varios trastornos mentales (Beauchaine y Cicchetti, 2019), lo cual hace que sea un área muy prometedora para la mejor comprensión de la evolución de los trastornos mentales. De hecho, algunos autores consideran que el TOD puede ser mejor comprendido como un trastorno de desregulación emocional que como un trastorno disruptivo (Cavanagh et al, 2017).

A nivel teórico, se repite la conceptualización de RE de Gross (1998) en la base del diseño de los tratamientos. Las técnicas terapéuticas integran los cuatro componentes esenciales de la RE de acuerdo a los postulados de Gross, influyendo sobre las distintas dimensiones: la emergencia de una situación emocional, el direccionamiento de la atención, la aparición de pensamientos y la

elaboración de una respuesta. Las estrategias para padres suelen estar enfocadas en la emergencia de situaciones emocionales, por ejemplo a través de predecir y anticiparse a situaciones potencialmente activadoras de emociones desbordantes. A su vez, en cómo manejar las respuestas emocionales a través de técnicas conductuales, técnicas de resolución de problemas o construcciones de acuerdos colaborativos. Las técnicas centradas en mindfulness, se abocan al direccionamiento de la atención y al cómo retornar a la línea de base una vez activada una respuesta emocional. Se suele trabajar estrategias de calma, respiración profunda, imaginación positiva, etc. En cuanto a los pensamientos, hay una amplia variedad de técnicas cognitivas que tienen como objetivo este aspecto de la RE: reestructuración cognitiva, modelo ABC para comprender las emociones, autoinstrucciones de afrontamiento, estrategias cognitivas para los padres, entre otras.

Observando las características de los programas que se centran en RE, no vemos diferencias sustanciales en relación a las generalidades, pero sí en la base teórica. En general, son programas que integran propuestas de la denominada tercera ola de las TCC, a través de aportes de mindfulness, terapia de aceptación y compromiso, terapia basada en procesos, terapia dialéctico comportamental, entre otras. Asimismo, vemos una influencia de las miradas transdiagnósticas, ya que tienen propuestas con características dimensionales. En los programas que vienen desarrollándose hace mayor cantidad de años, vemos cómo se han ido incorporando herramientas de RE a la estructura de los tratamientos. Es el caso de Incredible Years y 1-2-3 Magic, ya que ambos tienen un material adicional enfocado enteramente a la RE, y que no formaba parte del programa original.

Si nos detenemos a valorar los resultados obtenidos, comparando programas de base más conductual en relación a programas que incluyen lo emocional, vemos que en ambos casos la eficacia es similar, pero difieren en cuanto a la intensidad del cambio en determinadas variables. En general, los programas de corte más emocional, tienen mejores resultados en variables que aluden a la emoción, lo cual por otro lado, es esperable debido a que abordan estos aspectos más directamente. Hay un solo artículo que compara una propuesta de corte emocional con una conductual (Duncombe,

2014). Esta puede ser una línea interesante de investigación, sobre todo si se tienen en cuenta los moderadores.

Esta revisión presenta una serie de limitaciones que es importante tener en cuenta. En primer lugar, el tamaño de las muestras de los estudios incluidos suele ser muy pequeño. Con excepción del estudio de Stattin (2010), son muestras chicas. Por otro lado, algunos estudios no tienen grupo de control, o en otros casos, se compara con lista de espera. Hay pocos estudios que comparan con TAU, e incluso en un caso, no hay diferencias estadísticamente significativas entre el programa evaluado y el tratamiento estándar (Scavenius et al, 2020). Esto puede ser explicado por el alto nivel del tratamiento estándar que tienen, en este caso, en Dinamarca, pero es algo a profundizar. Hay pocos estudios que comparan programas con eficacia comprobada entre sí, o que prestan especial atención a los moderadores. Otra posible limitación es la heterogeneidad de las medidas. Tal como vimos en el apartado de resultados, hay más de 60 instrumentos de medición utilizados en los 24 artículos, y son pocos los que se repiten en más de un estudio. Incluso midiendo las mismas variables, hay una enorme variedad de instrumentos utilizados, lo cual hace difícil establecer comparaciones fidedignas. Finalmente, hay una falta de rigurosidad a la hora de manejar ciertos conceptos, como ser el de RE, ya que son elaboraciones teóricas que si bien se vienen estudiando con mayor profundidad en las últimas décadas, aún necesitan de mayor claridad conceptual y rigurosidad de medidas.

Conclusiones

En conclusión, más que valorar la eficacia de determinado programa o la predominancia de un programa sobre el otro, parece necesario evaluar qué contenido, para quién y en qué momento, incluyendo elementos como la edad de los niños, el nivel de disfunción familiar y sobre todo, las necesidades específicas que tienen ese niño y esa familia en particular. Contenidos flexibles, con capacidad de ser personalizados y que integren componentes manualizados grupales, con otros más individualizados, podrían ser una alternativa favorable. La combinación de aspectos conductuales, sobre todo en relación al manejo de conductas; junto a aspectos emocionales, considerando la

regulación emocional como un proceso central (tanto en el niño como en los padres) y como un elemento transdiagnóstico que atraviesa a un amplio espectro de cuadros clínicos, podría favorecer cambios de manera más integral. Una mirada centrada en el desarrollo de habilidades a partir de la incorporación de estrategias y herramientas psicoeducativas, conductuales, emocionales y relacionales.

En Uruguay un 32.5% de los niños con dificultades de salud mental, tienen diagnóstico de al menos uno de estos trastornos del comportamiento. Los abordajes psicoterapéuticos habituales o disponibles en nuestro país, no parecen dar respuesta satisfactoria a este tipo de situaciones, y hay una tendencia creciente a la medicalización de la infancia. Es necesario problematizar sobre las necesidades generales y específicas de esta población, buscando fortalecer el desarrollo de los niños, favorecer el bienestar familiar, la integración en los ámbitos educativos y la mejora de la calidad de vida de todos los implicados.

Referencias

- Aitken, M., Battaglia, M., Marino, C., Mahendran, N., & Andrade, B. F. (2019). Clinical utility of the CBCL Dysregulation Profile in children with disruptive behavior. *Journal of affective disorders*, 253, 87–95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.034>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association (2013) DSM 5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales.
- Austerman J. (2015). ADHD and behavioral disorders: Assessment, management, and an update from DSM-5. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 82(11 Suppl 1), S2–S7. <https://doi.org/10.3949/ccjm.82.s1.01>
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choates, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders: History of development. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230. doi: 10.1016/j.beth.2016.11.005. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Beauchaine T. P. (2015). Future Directions in Emotion Dysregulation and Youth Psychopathology. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, 44(5), 875–896. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1038827>
- Beauchaine, T. P., & Zalewski, M. (2016). Physiological and developmental mechanisms of emotional lability in coercive relationships. In T. J. Dishion & J. J. Snyder (Eds.), *The Oxford handbook of coercive relationship dynamics* (pp. 39–52). Oxford University Press.
- Beauchaine, T. P., & Cicchetti, D. (2019). Emotion dysregulation and emerging psychopathology: A transdiagnostic, transdisciplinary perspective. *Development and psychopathology*, 31(3), 799–804. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000671>

- Bevilacqua, L., Hale, D., Barker, E. D., & Viner, R. (2018). Conduct problems trajectories and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 27(10), 1239–1260. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1053-4>
- Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., & Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European child & adolescent psychiatry*, 16(8), 484–494. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0624-1>
- Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2), 180–189. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2702_5
- Burke, J. D., & Loeber, R. (2016). Mechanisms of Behavioral and Affective Treatment Outcomes in a Cognitive Behavioral Intervention for Boys. *Journal of abnormal child psychology*, 44(1), 179–189. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-9975-0>
- Cabello González R., P. Fernández-Berrocal, D. Ruiz-Aranda y N. Extremera (2006). Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 155-166.
- Cavanagh, M., Quinn, D., Duncan, D., Graham, T., & Balbuena, L. (2017). Oppositional Defiant Disorder Is Better Conceptualized as a Disorder of Emotional Regulation. *Journal of attention disorders*, 21(5), 381–389. <https://doi.org/10.1177/1087054713520221>
- Choi, E. S., & Lee, W. K. (2015). Comparative effects of emotion management training and social skills training in Korean children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 19(2), 138–146. <https://doi.org/10.1177/1087054713496460>
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., & Weisz, J. R. (2005). Identifying and selecting the common elements of evidence based interventions: a distillation and matching model. *Mental health services research*, 7(1), 5–20. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-1962-6>
- Cludius, B., Mennin, D., & Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion (Washington, D.C.)*, 20(1), 37–42. <https://doi.org/10.1037/emo0000646>

- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child development, 75*(2), 317–333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x>
- Conway, C. C., Forbes, M. K., South, S. C., & HiTOP Consortium. (2022). A Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) primer for mental health researchers. *Clinical Psychological Science, 10*(2), 236–258. <https://doi.org/10.1177/21677026211017834>
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of consulting and clinical psychology, 88*(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Dandreaux, D. M., & Frick, P. J. (2009). Developmental pathways to conduct problems: a further test of the childhood and adolescent-onset distinction. *Journal of abnormal child psychology, 37*(3), 375–385. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9261-5>
- David, O. A., Capris, D., & Jarda, A. (2017). Online Coaching of Emotion-Regulation Strategies for Parents: Efficacy of the Online Rational Positive Parenting Program and Attention Bias Modification Procedures. *Frontiers in psychology, 8*, 500. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00500>
- Derella, O. J., Johnston, O. G., Loeber, R., & Burke, J. D. (2019). CBT-Enhanced Emotion Regulation as a Mechanism of Improvement for Childhood Irritability. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 48*(sup1), S146–S154. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1270832>
- Derella, O. J., Burke, J. D., Romano-Verthelyi, A. M., Butler, E. J., & Johnston, O. G. (2020). Feasibility and acceptability of a brief cognitive-behavioral group intervention for chronic irritability in youth. *Clinical child psychology and psychiatry, 25*(4), 778–789. <https://doi.org/10.1177/1359104520918331>

- Diamantopoulou, S., Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (2011). The parallel development of ODD and CD symptoms from early childhood to adolescence. *European child & adolescent psychiatry*, 20(6), 301–309. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0175-3>
- Dryman, M. T., & Heimberg, R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: a systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical psychology review*, 65, 17–42. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.004>
- Duncombe, M. E., Havighurst, S. S., Kehoe, C. E., Holland, K. A., Frankling, E. J., & Stargatt, R. (2016). Comparing an Emotion- and a Behavior-Focused Parenting Program as Part of a Multisystemic Intervention for Child Conduct Problems. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 45(3), 320–334. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.963855>
- Edens, J. F., Skopp, N. A., & Cahill, M. A. (2008). Psychopathic features moderate the relationship between harsh and inconsistent parental discipline and adolescent antisocial behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(2), 472–476. <https://doi.org/10.1080/15374410801955938>
- Eiraldi, R. B., Power, T. J., Karustis, J. L., & Goldstein, S. G. (2000). Assessing ADHD and comorbid disorders in children: the Child Behavior Checklist and the Devereux Scales of Mental Disorders. *Journal of clinical child psychology*, 29(1), 3–16. https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2901_2
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed: Recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. Times Books/Henry Holt and Co.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*,

American Psychological Association, Division 53, 37(1), 215–237.

<https://doi.org/10.1080/15374410701820117>

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509–528.

[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)

Fernández-Abascal, E., & Sánchez, M. (2002). *Técnicas cognitivas en el control del estrés*. Madrid: UNED Ediciones.

Fiterman, P. y Zerpa, M. (2015) *Aproximación al bienestar psicológico y la salud*

mental de los niños y adolescentes de Montevideo en Cambio Familiar y

bienestar de las mujeres y los niños. Universidad de la República,

UNICEF. http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Cambiofamiliar-y-bienestar_web.pdf

Frick, P. J., & Ellis, M. (1999). Callous-unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(3), 149–168.

<https://doi.org/10.1023/A:1021803005547>

Frick, P. J., & Morris, A. S. (2004). Temperament and developmental pathways to conduct problems.

Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of

Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53,

33(1), 54–68. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_6

Goertz-Dorten, A., Benesch, C., Hautmann, C., Berk-Pawlitzeck, E., Faber, M., Lindenschmidt, T.,

Stadermann, R., Schuh, L., & Doepfner, M. (2017). Efficacy of an individualized social

competence training for children with Oppositional Defiant Disorders/Conduct Disorders.

Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research, 27(3), 326–337.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1094587>

Greene, R. W. (2011). Collaborative Problem Solving can Transform School Discipline. *Phi Delta*

Kappan, 93(2), 25–29. <https://doi.org/10.1177/003172171109300206>

- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (ed.). *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: The Guilford Press.
- Gutman, L. M., Joshi, H., & Schoon, I. (2019). Developmental Trajectories of Conduct Problems and Cumulative Risk from Early Childhood to Adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 48(2), 181–198. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0971-x>
- Hawks, J. L., Kennedy, S. M., Holzman, J. B. W., & Ehrenreich-May, J. (2020). Development and Application of an Innovative Transdiagnostic Treatment Approach for Pediatric Irritability. *Behavior therapy*, 51(2), 334–349. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.004>
- Hayes, S.C. (2004) Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(3), 245–246. <https://doi.org/10.1002/wps.20442>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G. & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: The conceptual and treatment utility of an extended evolutionary model. *Clinical Psychology Review*, 82. Doi: 10.1016/j.cpr.2020.101908
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2021). "Third-wave" cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(3), 363–375.
<https://doi.org/10.1002/wps.20884>
- Hervas, Gonzalo & Vazquez, Carmelo. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 59. 9-32.

- Higgins JPT, Green S (editors) (2011) Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration. Available from www.cochrane-handbook.org.
- Holtmann, M., Buchmann, A. F., Esser, G., Schmidt, M. H., Banaschewski, T., & Laucht, M. (2011). The Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile predicts substance use, suicidality, and functional impairment: a longitudinal analysis. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 52(2), 139–147. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02309.x>
- Huguet, A., Izaguirre Eguren, J., Miguel-Ruiz, D., Vall Vallés, X., & Alda, J. A. (2019). Deficient Emotional Self-Regulation in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Mindfulness as a Useful Treatment Modality. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*, 40(6), 425–431. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000682>
- Johnston, O. G., & Burke, J. D. (2020). Parental Problem Recognition and Help-Seeking for Disruptive Behavior Disorders. *The journal of behavioral health services & research*, 47(1), 146–163. <https://doi.org/10.1007/s11414-018-09648-y>
- Kaminski, J. W., & Claussen, A. H. (2017). Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Disruptive Behaviors in Children. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 46(4), 477–499. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1310044>
- Kaehler, L. A., Jacobs, M., & Jones, D. J. (2016). Distilling Common History and Practice Elements to Inform Dissemination: Hanf-Model BPT Programs as an Example. *Clinical child and family psychology review*, 19(3), 236–258. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0210-5>
- Kling, A., Forster, M., Sundell, K., & Melin, L. (2010). A randomized controlled effectiveness trial of parent management training with varying degrees of therapist support. *Behavior therapy*, 41(4), 530–542. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.02.004>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D.,

- Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., Miller, J. D., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology, 126*(4), 454–477.
<https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Loeber, R., & Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review, 14*(6), 497–523.
[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(94\)90015-9](https://doi.org/10.1016/0272-7358(94)90015-9)
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(12), 1468–1484.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200012000-00007>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*(1), 6–19.
<https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- Masi, G., Milone, A., Paciello, M., Lenzi, F., Muratori, P., Manfredi, A., Polidori, L., Ruglioni, L., Lochman, J. E., & Muratori, F. (2014). Efficacy of a multimodal treatment for disruptive behavior disorders in children and adolescents: focus on internalizing problems. *Psychiatry research, 219*(3), 617–624. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.048>
- Mastroianni, M, Ackermann, C, Speranza, N, Catenaccio, V, Telechea, H, Giachetto, G y Tamosiunas, G. (2017.). *Características del uso de psicofármacos en niños hospitalizados*. EN: Archivos de Pediatría del Uruguay Vol.88, no.3, pp. 1-10. 10 p
- Maughan, D. R., Christiansen, E., Jenson, W. R., Olympia, D., & Clark, E. (2005). Behavioral Parent Training as a Treatment for Externalizing Behaviors and Disruptive Behavior Disorders: A Meta-Analysis. *School Psychology Review, 34*(3), 267–286.
- Mayer, J. D., CARUSO, D. R., & SALOVEY, P. (1997). Emotional Intelligence Meets. 1997.

- Masi, G., Pisano, S., Milone, A., & Muratori, P. (2015). Child behavior checklist dysregulation profile in children with disruptive behavior disorders: A longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 186, 249–253. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.069>
- Ministerio de Salud Pública (2011) Plan de implementaciones de prestaciones de salud mental en el sistema nacional integrado de salud. Programa Nacional de Salud Mental.
- Menting, A. T., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 33(8), 901–913. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.006>
- Mulraney, M., Schilpzand, E. J., Hazell, P., Nicholson, J. M., Anderson, V., Efron, D., Silk, T. J., & Sciberras, E. (2016). Comorbidity and correlates of disruptive mood dysregulation disorder in 6-8-year-old children with ADHD. *European child & adolescent psychiatry*, 25(3), 321–330. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0738-9>
- Muniz, A. (comp.)(2018) *Intervenciones en psicología clínica : herramientas para la evaluación y el diagnóstico*. Udelar. CSE
- Muratori, P., Conversano, C., Levantini, V., Masi, G., Milone, A., Villani, S., Bögels, S., & Gemignani, A. (2021). Exploring the Efficacy of a Mindfulness Program for Boys With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder. *Journal of attention disorders*, 25(11), 1544–1553. <https://doi.org/10.1177/1087054720915256>
- Ollendick, T. H., Greene, R. W., Austin, K. E., Fraire, M. G., Halldorsdottir, T., Allen, K. B., Jarrett, M. A., Lewis, K. M., Whitmore Smith, M., Cunningham, N. R., Noguchi, R. J., Canavera, K., & Wolff, J. C. (2016). Parent Management Training and Collaborative & Proactive Solutions: A Randomized Control Trial for Oppositional Youth. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 45(5), 591–604. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1004681>

- Pardini, D. A., & Fite, P. J. (2010). Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, and callous-unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: Advancing an evidence base for DSM-V. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1134–1144.
- Perepletchikova, F., Nathanson, D., Axelrod, S. R., Merrill, C., Walker, A., Grossman, M., Rebeta, J., Scahill, L., Kaufman, J., Flye, B., Mauer, E., & Walkup, J. (2017). Randomized Clinical Trial of Dialectical Behavior Therapy for Preadolescent Children With Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Feasibility and Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(10), 832–840. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.07.789>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Porzig-Drummond, R., Stevenson, R. J., & Stevenson, C. (2014). The 1-2-3 Magic parenting program and its effect on child problem behaviors and dysfunctional parenting: a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 58, 52–64. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.004>
- Prout, T. A., Rice, T., Murphy, S., Gaines, E., Aizin, S., Sessler, D., Ramchandani, T., Racine, E., Gorokhovskiy, Y., & Hoffman, L. (2019). Why Is It Easier to Get Mad Than It Is to Feel Sad? Pilot Study of Regulation-Focused Psychotherapy for Children. *American journal of psychotherapy*, 72(1), 2–8. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20180027>
- Radwan, K., & Coccaro, E. F. (2020). Comorbidity of disruptive behavior disorders and intermittent explosive disorder. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 14, 24. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00330-w>
- Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P., Termine, C., Bonati, M., & Lombardy ADHD Group (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in

- children and adolescents with ADHD. *European child & adolescent psychiatry*, 26(12), 1443–1457.
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical psychology review*, 34(4), 337–357. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.003>
- Scavenius, C., Chacko, A., Lindberg, M. R., Granski, M., Vardanian, M. M., Pontoppidan, M., Hansen, H., & Eiberg, M. (2020). Parent Management Training Oregon Model and Family-Based Services as Usual for Behavioral Problems in Youth: A National Randomized Controlled Trial in Denmark. *Child psychiatry and human development*, 51(5), 839–852. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01028-y>
- Scheepers, F. E., Buitelaar, J. K., & Matthys, W. (2011). Conduct Disorder and the specifier callous and unemotional traits in the DSM-5. *European child & adolescent psychiatry*, 20(2), 89–93. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0149-x>
- Sobanski, E., Banaschewski, T., Asherson, P., Buitelaar, J., Chen, W., Franke, B., Holtmann, M., Krumm, B., Sergeant, J., Sonuga-Barke, E., Stringaris, A., Taylor, E., Anney, R., Ebstein, R. P., Gill, M., Miranda, A., Mulas, F., Oades, R. D., Roeyers, H., Rothenberger, A., ... Faraone, S. V. (2010). Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 51(8), 915–923. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02217.x>
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1150–1169. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.6.1150>
- Stattin, H., Enebrink, P., Özdemir, M., & Giannotta, F. (2015). A national evaluation of parenting programs in Sweden: The short-term effects using an RCT effectiveness design. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(6), 1069–1084. <https://doi.org/10.1037/a0039328>

- Storebø, O. J., Skoog, M., Damm, D., Thomsen, P. H., Simonsen, E., & Gluud, C. (2011). Social skills training for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *The Cochrane database of systematic reviews*, (12), CD008223.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008223.pub2>
- Stringaris, A., Maughan, B., & Goodman, R. (2010). What's in a disruptive disorder? Temperamental antecedents of oppositional defiant disorder: findings from the Avon longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(5), 474–483.
<https://doi.org/10.1097/00004583-201005000-00008>
- Thompson, R. A., & Goodman, M. (2010). Development of emotion regulation: More than meets the eye. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 38–58). The Guilford Press.
- Truijens F, Zühlke-van Hulzen L, Vanheule S. To manualize, or not to manualize: Is that still the question? A systematic review of empirical evidence for manual superiority in psychological treatment. *J Clin Psychol*. 2019 Mar;75(3):329-343. doi: 10.1002/jclp.22712. Epub 2018 Oct 28. PMID: 30368808.
- Vacher, C., Goujon, A., Romo, L., & Purper-Ouakil, D. (2020). Efficacy of psychosocial interventions for children with ADHD and emotion dysregulation: a systematic review. *Psychiatry research*, 291, 113151. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113151>
- Viola, L., Garrido, G., Varela, A.(2008) *Estudio epidemiológico sobre la Salud Mental de los niños uruguayos*.E Clínica de Psiquiatría Pediátrica. Facultad de Medicina. UDELAR.
- Wang,B, Andreas Becker, Christina Kaelble, Aribert Rothenberger & Henrik Uebel-von Sandersleben (2021): Dysregulation profile (DP) as a transdiagnostic psychopathological factor in clinically referred children – comparisons between disorders and latent structure, *Nordic Journal of Psychiatry*, DOI: 10.1080/08039488.2021.1936167

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(1), 93–109. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.1.93>

Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13–37). The Guilford Press.

Apéndice A

Tabla A1

Criterios del DSM 5 para Trastorno Oposicionista Desafiante

Criterios del DSM 5 para Trastorno Oposicionista Desafiante

A) Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos seis meses y en el que están presentes cuadro o más de los siguientes comportamientos:

1. Se encoleriza e interrumpe en pataletas
2. Discute con adultos
3. Desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus ordenes o demandas
4. Molesta deliberadamente a otras personas
5. Acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
6. Es susceptible o fácilmente molestado por otros
7. Colérico, resentido
8. Rencoroso o vengativo

B) Deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

C) Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el trascurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

D) No se cumplen los criterios de trastorno disocial y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los del trastorno antisocial de la personalidad.

Tabla A2

Criterios del DSM 5 para el Trastorno de Conducta

Criterios del DSM 5 para el Trastorno de Conducta

A) Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

- Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.
 2. A menudo inicia peleas.
 3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).
 4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
 5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
-

Criterios del DSM 5 para el Trastorno de Conducta

6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).

7. Ha violado sexualmente a alguien.

- Destrucción de la propiedad

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.

9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio del fuego).

- Engaño o robo

10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.

11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej. "engaña" a otros).

12. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión; falsificación).

- Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.

14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.

15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.

B) El Trastorno de Conducta provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral.

C) Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

Tabla A3
Criterios del DSM 5 para el Trastorno Explosivo Intermitente

Criterios del DSM 5 para el Trastorno Explosivo Intermitente

Arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, manifestada por un de los siguientes aspectos:

a) Agresión verbal (berrinches, pataletas, disputas verbales, peleas...) o agresión física contra la propiedad (pública o privada), animales u otra personas, en promedio de 2/semana, durante un periodo de 3 meses.

Criterios del DSM 5 para el Trastorno Explosivo Intermitente

b) 3 arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otras personas, sucedidos en los últimos 12 meses.

Sin previo aviso

Magnitud desproporcionada

No existe intencionalidad

Impacto negativo

Mayor de 6 años o equivalente en grado de desarrollo

Tabla A4
Criterios del DSM 5 para el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad

Criterios del DSM 5 para el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad

A) Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

- a. Con frecuencia falla en PRESTAR la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d. Con frecuencia no sigue las INSTRUCCIONES y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en INICIAR tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.

2. Hiperactividad

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

- a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.

Criterios del DSM 5 para el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad

- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en ACTIVIDADES recreativas
- e. Con frecuencia está `ocupado`, actuando como si `lo impulsara un motor`.
- f. Con frecuencia habla excesivamente.

Impulsividad

- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta,
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.

B) Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C) Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el COLEGIO o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).

D) Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E) Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Tabla A5

Criterios del DSM 5 para el Trastorno de Desregulación Disruptiva del estado de ánimo

Criterios del DSM 5 para el Trastorno de Desregulación Disruptiva del estado de ánimo

A) Accesos de cólera graves y recurrentes en respuesta a estresores comunes, que son:

- En promedio, tres o más veces a la semana
- Los accesos de cólera no concuerdan con el nivel de desarrollo
- El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día y casi todos los días.

B) Los síntomas se inician antes de los 10 años de edad

C) Los síntomas han estado presentes durante 12 o más meses.

D) Los síntomas no han estado ausentes por tres o más meses consecutivos.

E) El niño debe tener entre 6 y 18 años de edad

Los síntomas deben estar presentes en al menos dos de tres contextos (en casa, en la

escuela, con los compañeros o pares) y son graves en al menos uno de ellos

F) Los síntomas no son causados por otra afección médica, no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, no se cumplen los criterios para un episodio maníaco/hipomaníaco por más de un día, y las conductas no ocurren exclusivamente durante un episodio de depresión mayor

Apéndice B

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
1	Kling, A., Forster, M., Sundell, K., & Melin, L. (2010). A randomized controlled effectiveness trial of parent management training with varying degrees of therapist support. Behavior therapy, 41(4), 530–542. https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.02.004	159 familias con un niño entre 3 y 10 años con problemas de conducta. 60% de varones y 40% de niñas. La media de edad es de 6 años.	El objetivo de este ensayo aleatorio randomizado es estudiar la efectividad del programa PMT Sueco (Comet) de entrenamiento a padres en relación a diferentes grados de asistencia directa de terapeutas.	Se asigna de manera aleatoria cada familia a una de las siguientes opciones: a) 11 sesiones grupales asistidas por terapeuta (PMT-P), b) un taller impartido por terapeuta más autoadministración de material de entrenamiento (PMT-C) o c) lista de espera. Se realizan	PMT-P tiene un total de 11 sesiones grupales. PMT-S es 1 sesión grupal y autoadministración del material.	PMT- P. El Programa Sueco de entrenamiento de padres Comet son 11 sesiones grupales con dos terapeutas de una duración de 2.5 horas, con los siguientes contenidos: 1) Juego dirigido e interacción positiva, 2 y 3) Preparación para actividades, comandos efectivos y elogios, 4 y 5) fichas y recompensas, 6) inclusión de personal de la escuela a través de cuaderno de notas, 7) extinción de conductas negativas, 8 y 9) contratos conductuales, 10) resolución de problemas, 11) prevención de recaídas. Las sesiones incluyen enseñanza, video sobre interacciones padres-hijos, discusiones, role-playing y	- Parent Daily Report (PDR) (Chamberlain & Reid, 1987) - Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)(Eyberg & Pincus, 1999). - Social Competence Scale–Parent (P-Comp)(Webster-Stratton & Hammond, 1998) - Parent Practices Interview (PPI)(Webster-Stratton, 1998; Webster-Stratton, Reid, & Hammond, 2001).	Tanto PMT-P como PMT-S fueron superiores que la lista de espera. PMT-P fue parcialmente más efectivo que PMT-S, con mejores medidas en dos de tres resultados. Ambas intervenciones mostraron mejorías en todas las medidas post tratamiento y a los 6 meses de seguimiento. El único moderador significativo fue la edad materna, mostrando mejores resultados en madres más

Nº Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
			mediciones pre y post, así como seguimiento a los 6 meses.		<p>tareas asignadas para hacer en casa entre sesiones.</p> <p>PMT-S</p> <p>Los padres concurren a un taller de 7 horas de duración brindado por dos terapeutas. Durante el taller reciben instrucciones de cómo implementar el programa en casa, así como lineamientos de los materiales escritos y las tareas domiciliarias tal como se brinda en PMT-P.</p>	- Intervention Credibility (Deville & Borkovec, 2000).	jóvenes.

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
2	Menting, A. T., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: a meta-analytic review. <i>Clinical psychology review</i> , 33(8), 901–913. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.006	Se incluyeron 50 estudios que cumplieran los siguientes criterios, a) que los efectos de IYPT fueran medidos inmediatamente luego de la intervención, b) los efectos fueran medidos en comparación con un grupo de control, c) se reportaran al menos una medida	Proveer un meta-análisis acerca de la efectividad del Programa de entrenamiento de padres Incredible Years (IYPT) en la mejora del comportamiento disruptivo y prosocial de los niños, y examinar los potenciales moderadores de esta efectividad.	Se realiza una revisión sistemática de artículos en el período 1980-2010. 39 cumplen los criterios de inclusión. Se codifican los estudios de acuerdo a su N, al contexto del estudio, si es IYPT estándar, la severidad inicial y el grupo de comparación. Luego se codifica el tamaño del efecto en relación a: lo disruptivo, lo	En el 60% de los estudios, se realizó el programa en formato grupal, sin otros componentes. En el 8% fue utilizado el formato individual. En el 18% se combinaron elementos individuales y grupales, mientras que en el 4% se incluyeron componentes de otros programas junto al IYPT. El rango de cantidad de sesiones va de 4 a 60, con una media de entre 11 y 13	El IYPT es un programa basado en evidencia que se enfoca en fortalecer las competencias paternas en pos de promover habilidades socio-emocionales en niños, reduciendo problemas conductuales. Las sesiones tienen una duración de entre 2 y 3 horas, centrándose en: 1) fortalecer las interacciones padre-hijos, 2) nutrir los vínculos, 3) reducir la disciplina dura, 4) estimular habilidades paternas para promover el desarrollo social y emocional de los niños. Las sesiones incluyen: - preguntas para promover discusiones, - viñetas a través de videos, - tormenta de ideas y ejercicios, - role-playing,	Los métodos de medición difieren de acuerdo a los estudios: - valoración de moderadores, - cuestionarios específicos (ej: Eyberg Child Behavior Inventory [ECBI]), - reportes parentales y/o de maestros, - observación directa, - entrevistas semi-estructuradas.	Los resultados muestran que el IYPT es una intervención efectiva para mejorar los problemas conductuales. Se encontraron efectos positivos en comportamientos disruptivos (d=.27), comportamiento prosocial (d=.37). El tamaño del efecto fue superior en las observaciones (d=.37), siguiendo el reporte parental (d=.30) y finalmente el reporte de maestros (d=.13). La intensidad de los problemas

Nº Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
	<p>cuantitativa de comportamiento disruptivo o prosocial de los niños, d) que hubiera suficientes datos empíricos para permitir los cálculos estandarizados de efectos. La cantidad total de niños es de 4745. El rango de edades es de 3 a 9.2 años. En la mayoría de</p>		<p>prosocial, reporte parental, reporte de maestros y observación. Se llevan a cabo dos preguntas meta-analíticas: 1) se testea si el tamaño del efecto es significativamente mayor a cero en todos los constructos de resultados, 2) se estudia la distribución heterogénea y la influencia de los moderadores.</p>	<p>sesiones en la mayoría (38%).</p>	<p>- tareas domiciliarias, materiales con puntos claves.</p>		<p>comportamentales de los niños pre-tratamiento fue predictor de un efecto aún mayor en el reporte parental.</p>

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
		los estudios (95.6%) hay un mayor porcentaje de varones que de niñas.						

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
3	Choi, E. S., & Lee, W. K. (2015). Comparative effects of emotion management training and social skills training in Korean children with ADHD. <i>Journal of attention disorders</i> , 19(2), 138–146. https://doi.org/10.1177/1087054713496460	Se incluyeron 93 niños de entre 9 y 13 años, con una media de 11.2. El género de los niños fue casi equivalente. Fueron niños referidos a una unidad de salud mental, y diagnosticados con Déficit Atencional con Hiperactividad. Todos los participantes estaban con medicación	El objetivo de este estudio es comparar la eficacia del entrenamiento en manejo de emociones (EMT) con el entrenamiento en habilidades sociales con ningún tratamiento, en niños con diagnóstico de TDAH.	Se realiza un ensayo controlado, randomizado, con medidas pre y post intervención. Todos los niños fueron referidos por un servicio de salud mental, evaluados y luego asignados de manera aleatoria a uno de las siguientes opciones: EMT, SST o lista de espera. Se llevaron a cabo las intervenciones	Tanto el entrenamiento en manejo de emociones como el de habilidades sociales, tuvo un total de 16 sesiones de 50 minutos cada una.	El Entrenamiento en manejo de emociones (EMT) (Choi, 2011) consta de los siguientes componentes por sesión: 1) Orientación, 2) Identificación y etiquetamiento de emociones, 3, 4 y 5) Expresión emocional, 8, 9, 10 y 11) Comprensión emocional, 12, 13, 14 y 15) Regulación emocional, 16) Cierre. Cada sesión consiste en discutir la tarea domiciliaria del encuentro anterior, seguido de ejercicios y luego evaluación al final. El Entrenamiento en Habilidades Sociales (basado en Elliott and Greshman, 1991; Pfiffner and McBurnett, 1997), tiene como objetivo enseñar habilidades sociales	- Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach & Edelbrock, 1983). - Peer Relational Skills Scale (Yang & Oh, 2005). - Emotion Expression Scale for Children (EESC) (Penza-Clyve & Zeman, 2002). - Child Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1985) . - State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C) (Spielberger, 1973).	Tanto el grupo EMT como el SST presentó mejoras, pero el grupo EMT presentó mejoras significativas en reconocimiento emocional y expresividad en relación al grupo SST, así como efectos superiores en Cooperación/Empatía en relación a la lista de espera.

Nº Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
	psiquiátrica a la hora de la intervención.		, y luego se tomaron medidas nuevamente.		<p>a chicos con TDAH en pos de mejorar las interacciones con pares y maestros.</p> <p>Utiliza técnicas conductuales como role-playing, reforzamiento e instrucciones.</p> <p>Cada sesión se enfoca en diferentes habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de escucha, - conversacionales, - reaccionar frente al rechazo, - negociación, - reaccionar frente a bromas o críticas. <p>Cada sesión se compone de discusión de tarea domiciliaria, ejercicios y evaluación final.</p>		

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
4	Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. <i>Clinical psychology review</i> , 34(4), 337–357. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.003	Se incluyeron 101 estudios de entre 1980 a 2013, que cumplieran los siguientes criterios: a) que reporten resultados derivados de la intervención Triple T, b) que reporten resultados de padres, niños, u otros miembros de la familia. c) que estén	El objetivo de esta revisión sistemática y meta-análisis es examinar los efectos del Programa Triple P de Crianza Positiva en un amplio rango de niños, familias y resultados familiares.	Se revisa sistemáticamente la bibliografía, con una inclusión de 101 artículos seleccionados para extracción de datos. Se realizan análisis cualitativos y cuantitativos, midiendo resultados, tamaños de efectos y llevando a cabo un análisis de estrategia y de moderadores. Las variables	El Programa Triple P tiene 5 niveles de intervención con intensidad creciente. Tiene varias modalidades: individual, grupal, auto-dirigido, auto-dirigido con soporte telefónico y online. El nivel 4 (el foco de este estudio) incluye de 8 a 10 sesiones de 2 horas cada una, ya sea individual, grupal o auto-dirigida.	Triple P tiene como objetivo prevenir y tratar los problemas comportamentales, emocionales y sociales de los niños, fortaleciendo el conocimiento, las habilidades y la confianza de los padres. Las sesiones se organizan en módulos: 1) Qué es la crianza positiva, 2) Alentando comportamientos esperables, 3) Enseñanza de nuevas habilidades, 4) Manejando malos comportamientos, 5) Manejando la desobediencia, 6) Planificando con anticipación para prevenir problemas, 7) Hacer divertido salir de compras, 8) Criando niños capaces y confiados.	Se utilizan diferentes métodos de medición de acuerdo a los estudios, pero como criterios de inclusión, todos los estudios tenían con contar con datos de reportes parentales auto-administrados. También se incluyen: - cuestionarios estandarizados, - observación directa.	Los resultados muestran: 1) un tamaño de efecto más elevado que es revisiones anteriores, 2) que todos los niveles de Triple P muestran mejoras en los resultados de los niños a nivel de su comportamiento socio-emocional, 3) que los efectos son similares en familias con hijos con o sin discapacidades, 4) que cualquiera de las modalidades (individual, grupal, online telefónica) muestran mejoras tanto en los padres como en los niños, 5) no hay ningún

Nº Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
	<p>en inglés o alemán. El total de familias incluídas fue de 16.099. El programa Triple P es para niños desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia , por lo cual la edad se tomó, para este estudio, como un moderador. Los estudios incluyen niños con dificultades emocionales y</p>		<p>incluídas fueron: 1) resultados en la conducta social y emocional de los niños, 2) prácticas parentales, 3) satisfacción y eficacia parental, 4) ajuste parental, 5) relación parental, 6) observación del niño, 7) observación de los padres. Dentro de los moderadores, encontramos</p>		<p>La modalidad depende de cómo se reciba la intervención, pudiendo acceder a material de trabajo, tareas domiciliarias, o trabajando directamente con un terapeuta, ya sea cara a cara, o de manera telefónica.</p>		<p>moderador que afecte significativamente los resultados globales, 6) que es necesario fortalecer los hallazgos de los estudios a través de las evaluaciones de riesgo de sesgo, 7) que tanto el reporte parental como las observaciones, implican mejoras significativas a nivel de los comportamientos socio-emocionales.</p>

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
			conductuales.	en relación a el tipo de programa Triple P, país, edad, severidad inicial, diseño, calidad metodológica, formato de las sesiones, entre otras.				

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
5	Porzig-Drummond, R., Stevenson, R. J., & Stevenson, C. (2014). The 1-2-3 Magic parenting program and its effect on child behaviors and dysfunctional parenting: a randomized controlled trial. <i>Behaviour research and therapy</i> , 58, 52–64. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.004	Los participantes fueron 92 niños de entre 2 y 12 años y sus familias. La media de edad de los niños fue de 5.5, y el 58.7% fueron varones. 22% de los participantes tenían un diagnóstico de ADHD, TOD o dificultades de aprendizaje. 61% de los niños	El objetivo de este estudio es medir la efectividad del Programa cognitivo conductual 1-2-3 Magic, cuando es llevado a cabo con grandes grupos de cuidadores. Se examina la efectividad de dos versiones del programa, para reducir los problemas	Los 92 participantes fueron aleatoriamente asignados a uno de estos tres grupos: DVD, Coaching emocional o lista de espera. Los criterios de inclusión eran cuidadores de niños entre 2 y 12 años, que vivieran con el niño y que este mostrara comportamientos disruptivos. Se realizaron	Tanto el grupo DVD, como EC implicó 3 sesiones de 2 horas cada una. Las sesiones fueron facilitadas por un terapeuta especializado en el programa 1-2-3 Magic.	El grupo DVD consistió en: - ver las primeras cinco partes del video 1-2-3 Magic: manejando dificultades de comportamiento en niños de 2 a 12 años (Booth y Phelan, 2004), - ver las dos primeras partes del video Más 1-2-3 Magic: alentando buenos comportamientos, independencia y autoestima (Booth y Phelan, 2004), - se realizaron resúmenes de los tópicos mostrados y se dio tiempo para preguntas y respuestas. El grupo CE consistió en: - presentación ppt Programa de crianza coaching emocional 2011 (Hawton y Martin, 2011), - un fragmento de 23 minutos del video 1-2-3 Magic: manejando dificultades de	- Eyberg Child Behavioral Inventory (ECBI)(Eyberg & Pincus, 1999) - Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) (Abidin, 1995) - The Depression Anxiety Stress Scales—21 (DASS-21)(Lovibond & Lovibond, 1995) - The Emotion-Related Parenting Styles Self-Test (ERPS-ST; Hakim-Larson, Parker, Lee, Goodwin, & Voelker, 2006) - The Therapy Attitude	En ambos grupos se reportan mejoras significativas en los comportamientos de los niños y en la crianza disfuncional, depresión y estrés parentales. A su vez, el grupo DVD reportó una disminución de la ansiedad parental, mientras que el grupo CE reportó disminución en estilo de crianza invalidante de emociones. El estilo de crianza se mantuvo para ambas intervenciones. En las medidas de

Nº Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
	reportaron una alta frecuencia de comportamientos disruptivos.	comportamientos de los niños y la crianza disfuncional, y el efecto en los estilos emocionales de crianza.	medidas pre y post intervención.		comportamiento en niños de 2 a 12 años, - una sesión de 75 minutos de coaching emocional, alentando a los participantes a no invalidar las emociones de los niños, sino a ayudarlos en la auto-regulación de las mismas, - se recibió un libro de trabajo de 52 páginas, con hojas de trabajo, consejos y resúmenes de los tópicos conversados.	Inventory (Breston, Jacobs, Rayfield, & Eyberg, 1999)	seguimiento, se mantuvieron los resultados a los tres meses, y a los dos años para el grupo DVD, y para los principales variables del grupo CE.

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
6	Masi, G., Milone, A., Paciello, M., Lenzi, F., Muratori, P., Manfredi, A., Polidori, L., Ruglioni, L., Lochman, J. E., & Muratori, F. (2014). Efficacy of a multimodal treatment for disruptive behavior disorders in children and adolescents: focus on internalizing problems. <i>Psychiatry research</i> , 219(3), 617–624. https://doi.org/	Los participantes fueron 135 niños y jóvenes, de entre 9 y 15 años, con una media de 12 años, diagnosticados con un trastorno disruptivo del comportamiento: trastorno de conducta opositor/defiantista.	El objetivo del estudio es comparar la eficacia del tratamiento multimodal (MTP), a corto y mediano plazo, comparado con cuidados comunitarios (tratamiento usual, TAU).	La muestra fue captada en el Hospital de Calambrone, Pisa, en el período 2005-2011. Todos los participantes fueron diagnosticados por el equipo, a la vez que se realizó un evaluación de cociente intelectual (85 o superior como criterio de inclusión). Los pacientes fueron asignados y sea al	MTP se organiza en sesiones semanales, con una duración de un año. Incluye sesiones individuales y grupales, así como entrenamiento a padres. Las sesiones tuvieron una duración de 2 horas.	MTP es un tratamiento de base cognitivo-conductual que se enfoca en enseñar a los niños y jóvenes: <ul style="list-style-type: none"> - auto-control, - habilidades para resolver problemas, - toma de perspectiva. Utiliza las siguientes prácticas basadas en evidencia: <ul style="list-style-type: none"> - organización de metas, - modelado, - reforzamiento positivo, - técnicas de afrontamiento del enojo, - role-playing, - videos y tareas domiciliarias. Los ejercicios y discusiones grupales tratan de generar insight sobre las emociones propias y ajenas y a manejar la rabia y las explosiones temperamentales. A su vez se apuntala la adaptación escolar a través de técnicas de aprendizaje,	<ul style="list-style-type: none"> - Child Behaviour Checklist (CBCL) (Achenbach and Edelbrock, 1983) - Children's Global Assessment Scale (C-GAS) (Shaffer et al., 1983) 	La comparación de MTP con TAU revela mejoras significativamente más elevadas para el grupo MTP, de acuerdo tanto al reporte de los terapeutas como de los padres. MTP fue más efectivo que TAU en el manejo de comportamientos rompe-reglas, pero también en comportamientos internalizantes. Mejoró el funcionamiento social y psicológico general. En el seguimiento a los dos años, el grupo MTP mostró menos consultas de

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
10.1016/j.psych	res.2014.05.048			<p>programa de tratamiento multimodal (n=64) o a tratamiento usual (n=71). La asignación dependió de la disponibilidad del momento para realizar el MTP. Se realizaron medidas pre y post intervención. Luego de un año de tratamiento, se hizo seguimiento mensual de los pacientes asignados a MTP, mientras</p>		<p>atención y lenguaje.</p> <p>En cuanto al entrenamiento a padres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se definen problemas concretos (dónde, cuándo, con quién), - se brindan técnicas de modificación de la interacción padres-hijos (premios, castigos, tiempo afuera), - se estimula el monitoreo y manejo de situaciones conflictivas. 		<p>salud mental, y mejor ajuste escolar que el grupo TAU.</p>

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
-----------	-----------------	--------------------	------------------	---------------	-----------------------------	--------------------	---------------------------------	-------------------

que el grupo
TAU seguía en
tratamiento.
A los dos años
se volvió a
hacer una
re-evaluación.

<p>7 Duncombe, M. E., Havighurst, S. S., Kehoe, C. E., Holland, K. A., Frankling, E. J., & Stargatt, R. (2016). Comparing an Emotion-Focused Parenting Program as Part of a Multisystemic Intervention for Child Conduct Problems. <i>Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological</i></p>	<p>Se incluyen 320 familias con niños entre 4 y 9 años, con problemas disruptivos del comportamiento. 74% fueron varones y 26% niñas.</p>	<p>Este estudio evalúa la efectividad de una intervención temprana multisistémica, incluyendo una comparación entre programas de entrenamiento parental que se enfocan en lo emocional, conductual, o lo conductual, en niños con problemas emergentes de conducta.</p>	<p>Se asignó de manera aleatoria a los participantes a uno de los siguientes grupos: 1) Tuning in to Kids, 2) Programa de crianza positiva (Triple P), 3) Lista de control. Se realizaron medidas pre y post intervención, a la vez que se evaluaron seis moderadores: edad, género y severidad inicial del niño, y educación/</p>	<p>Tanto el grupo TIK como el Triple P, implicaron sesiones grupales de padres de dos horas de duración, una vez a la semana durante un período de 8 semanas.</p>	<p>El programa TIK tiene como objetivo promover el cambio en las creencias meta-emocionales de los padres, y las respuestas ante las emociones del niño y las propias. Se utilizan las siguientes técnicas: - psicoeducación, - role-playing, - ejercicios de conciencia emocional, - relato de historias emocionales, - exploración de experiencias originales familiares con emociones, - videos sobre coaching emocional, - tareas domiciliarias, - monitoreo emocional a través de un diario. Se enseñan estrategias para manejar emociones de alta intensidad, especialmente vinculadas al enojo. Los padres fueron alentados a</p>	<p>- Family background, entrevista estructurada. - Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI; Eyberg & Robinson, 1983), - Home Interview with Child (HIWC)(Conduct Problems Prevention Research Group, 1991). - Depression Anxiety and Stress Scales short form (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995).</p>	<p>Los resultados indican que la intervención multisistémica muestra efectividad en relación al grupo de control. Por otra parte, más allá de las diferencias teóricas del abodaje emocional o conductual, ambos programas son igualmente efectivos a la hora de reducir los problemas de conducta de los niños. La edad de los niños y el bienestar psicológico de los padres actúan como moderadores de la respuesta a la intervención.</p>
--	---	---	--	---	--	---	---

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
Association, Division 53, 45(3), 320–334. https://doi.org/10.1080/15374416.2014.963855 5				ingresos, estado civil y bienestar psicológico paternos.		<p>tener charlas con sus hijos acerca de sus propias emociones de niños. Se promueve el auto-control del enojo parental.</p> <p>El programa Triple P se organiza en relación a las siguientes áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) estrategias para mejorar la relación padres-hijos, 2) estrategias para alentar comportamientos deseables, 3) estrategias para enseñar nuevas habilidades y comportamientos, 4) estrategias para manejar el mal comportamiento, 5) estrategias para planificar actividades y rutinas consistentes. <p>Los padres fueron alentados a aplicar estas estrategias ya sea en casa, como en entornos comunitarios, llevando a cabo un monitoreo</p>		

Nº Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
					<p>del comportamiento del niño.</p> <p>Todos los niños participaron de sesiones de 90 minutos de una adaptación del programa Fast Track de Karen Bierman (2010) y el programa Niños Confiados de Littlefield, Story, Woolcock, Trinder, and Burke (2002) enfocado en el desarrollo de la conciencia y habilidades socio-emocionales.</p> <p>Se realizaron actividades con títeres, canciones, historias y modelado.</p> <p>Se combinaron técnicas comportamentales y emocionales. Se utilizó sistema de fichas, resolución de problemas, identificación de problemas, búsqueda de alternativas, ventajas y desventajas, técnicas de relajación, identificación de afrontamiento de emociones</p>		

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
8	Stattin, H., Enebrink, P., Özdemir, M., & Giannotta, F. (2015). A national evaluation of parenting programs in Sweden: The short-term effects using an RCT design. <i>Journal of consulting and clinical psychology</i> , 83(6), 1069–1084. https://doi.org/10.1037/a0039328	Los participantes fueron padres de 908 niños entre 3 y 12 años. La edad promedio de los niños fue de 7.7 años. El 48% de los niños tenían un diagnóstico de TDAH, mientras que el resto tenía algún otro trastorno disruptivo.	El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de 4 programas de entrenamiento de padres para niños con problemas externalizantes. Se testearon 3 programas Comete, Cope y Incredible Years; y uno no comportamental: Comet.	Se realizó un ensayo controlado randomizado de alcance nacional en Suecia. Los tratamientos fueron llevados a cabo en 30 clínicas o prácticas comunitarias. Los participantes fueron aleatoriamente asignados a uno o dos programas de entrenamiento disponibles en cada clínica, o a	Comete: 11 sesiones de 2.5 hrs Cope: 10 sesiones de 1 hr Incredible Years: 12 sesiones de 2.5 hrs Connect: 10 sesiones de 1 hr	intensas. Comete: diseñado para enseñar a padres a manejar los comportamientos negativos de niños con diagnósticos de TDAH/TDA y TOD. Técnicas: enseñanza, viñetas en video, role-playing, tareas domiciliarias, materiales, una sesión individual. Cope: desarrollado para padres de pre-adolescentes diagnosticados con TDAH, TOD y TC. Técnicas: modelado, discusiones grupales, role-playing, tareas domiciliarias, auto monitoreo. IY: originalmente desarrollado para niños con TOD, o con dificultades comportamentales en	- Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI; Colvin, Eyberg, & Adams, 1999). - The Angry Outbursts scale (Stattin, Persson, Burk, & Kerr, 2011). - The Harsh Treatment subscale of the Parents Practice Interview (Webster-Stratton, Reid, & Hammond, 2001). - Parents Practice Interview (Webster-Stratton et al., 2001). - Parents' Sense of Competence	Los 4 programas fueron eficaces a la hora de reducir los problemas de conducta (en comparación a lista de espera). Los padres expresaron una sensación de eficacia parental mucho mayor en todos los programas, excepto en IY, disminuyendo los niveles de estrés y depresión. El grupo Comet mostró menor nivel de comportamientos negativos, como ser explosivos de enojo. Se encontraron

Nº Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
		Connect. La meta fue evaluar la reducción de problemas de comportamiento, síntomas de déficit atencional con hiperactividad, así como la mejora en crianza positiva, competencia paterna y síntomas de estrés y depresión paternos.	lista de control. Se realizaron medidas pre y post tratamiento.		general. Técnicas: enseñanza, discusiones grupales, modelado en video, role-playing, ensayos, tarea domiciliaria, evaluaciones, llamadas telefónicas, sesiones de reconciliación. Connect: desarrollado para padres de pre-adolescentes y adolescentes con dificultades de conducta significativas, y otro tipo de trastornos de salud mental (ansiedad, depresión, uso de sustancias). Técnicas: enseñanza, role-playing, material para padres.	measure (PSOC; Johnston & Mash, 1989). - Caregiver Strain Questionnaire (Brannan, Heflinger, & Bickman, 1997). - 20-item Center of Epidemiological Studies—Depression Scale (Radloff, 1977).	pocos cambios en relación a síntomas de TDAH en el grupo Connect. En líneas generales, Comet fue el más efectivo en promover cambios en los niños, mientras que Comet y Connect fueron más efectivos para los padres. Los programas comportamentales reportaron mejores resultados que el no comportamental.

<p>9 Ollendick, T. H., Greene, R. W., Austin, K. E., Fraire, M. G., Halldorsdottir, T., Allen, K. B., Jarrett, M. A., Lewis, K. M., Whitmore Smith, M., Cunningham, N. R., Noguchi, R. J., Canavera, K., & Wolff, J. C. (2016). Parent Management Training and Collaborative & Proactive Solutions: A Randomized Control Trial for Oppositional Youth. <i>Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal</i></p>	<p>Los participantes fueron 134 niños y jóvenes de entre 7 y 14 años, con diagnóstico de TOD. El 61.9% fueron varones, y el resto niñas.</p>	<p>Este estudio examina la eficacia del Programa Soluciones Colaborativas y Proactivas (CPS) en el tratamiento del TOD, en comparación con el Entrenamiento de Manejo Parental (PMT) y con lista de control (LC).</p>	<p>Los participantes fueron asignados de manera aleatoria a uno de los siguientes tres grupos: CPS, PMT o LC. El diagnóstico de TOD fue evaluado a través de entrevistas diagnósticas semi-estructuradas, índices de severidad clínica global y reporte de padres. Se realizaron medidas pre y post intervención, y se realizó un</p>	<p>Tanto de PMT como de CPS se realizaron 12 sesiones de 75 minutos cada una, y se implementó una sesión de seguimiento dos semanas de finalizada la última sesión.</p>	<p>PMT es un programa basado en los aportes de Barkley (Defiant children,1997). Consiste en los siguientes componentes: a) educar a los padres acerca de las causas de las conductas desafiantes, b) instruir a los padres en atención positiva a través del uso de "tiempo especial", c) entrenar a padres en el uso de habilidades para aumentar los comportamientos deseables, d) incrementar la efectividad de las instrucciones paternas, e) implementar un plan de contingencia, f) usar el procedimiento de "tiempo fuera", g) manejar el comportamiento en lugares públicos, h) usar las cartas de reporte diarias escuela-casa</p>	<p>- Peabody Picture Vocabulary Test, fourth edition (Dunn & Dunn, 2007) - Expressive Vocabulary Test, second edition (Williams, 2007). - Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, child and parent versions (ADIS-C=P; Silverman & Albano, 1996). - Clinical Global Impression-Severity (CGI-S; Guy, 1976). - Disruptive Behavior Disorders Rating Scale (DBDRS; Barkley,</p>	<p>Ambos tratamientos fueron superiores a LC, pero no tuvieron diferencias significativas entre sí. Aproximadamente un 50% de los participantes en ambos tratamientos, reportaron mejoras significativas. Menor edad y la presencia de trastornos de ansiedad, fueron predictores de mejores resultados en ambas intervenciones. Las mejoras se mantuvieron en el seguimiento de los 6 meses.</p>
--	--	---	---	---	---	--	---

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
81	for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 45(5), 591–604. https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1004681			seguimiento a los 6 meses. Se evaluaron como predictores los siguientes elementos: edad, género, nivel socioeconómico, comorbilidad con TDAH o trastornos de ansiedad.		CPS consiste en cuatro módulos de tratamiento: a) identificación de las habilidades rezagadas y los problemas no resueltos que contribuyen a los episodios oposicionistas, y una discusión acerca de cómo las actitudes parentales pueden generar efectos contraproducentes, b) priorización de los problemas no resueltos para que sea el foco para iniciar las discusiones de resolución de problemas, c) introducción del plan, y ayuda a los padres a comprender las tres posibles respuestas: Plan A, B o C, d) implementación del Plan B, ayudar a los padres y niños en la utilización de ésta herramienta. En ambas intervenciones	1997; Pelham, Gnagy, Greenslade, & Milich, 1992). - Behavior Assessment System for Children—Second Edition (BASC; Reynolds & Kamphaus, 1992). - Parent Consumer Satisfaction Questionnaire. - Clinical Global Impression—Improvement (CGI-I; Guy, 1976).	

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
						padres y niños estaban juntos durante las sesiones.		
10	Burke, J. D., & Loeber, R. (2016). Mechanisms of Behavioral and Affective Treatment Outcomes in a Cognitive Behavioral Intervention for Boys. <i>Journal of abnormal child psychology</i> , 44(1), 179–189. https://doi.org/10.1007/s10802-015-9975-0	Los participantes fueron 252 niños de entre 6 y 11 años, con dificultades de conducta, comportamientos agresivos, trastornos conductuales del DSM, problemas externalizantes.	Este ensayo controlado aleatorizado testea los mecanismos o componente de tratamiento del programa SNAP versus tratamiento usual (TAU).	La muestra fue obtenida de los dos servicios de la región que proveen el programa SNAP. Luego de firmado el consentimiento y cumplidos los criterios de selección, los participantes fueron aleatoriamente asignados a una de las dos condiciones: SNAP o tratamiento usual (TAU).	El Programa SNAP consiste en un período de 12 semanas, con grupos simultáneos de padres e hijos, y una duración de 1.5 horas cada sesión.	SNAP es un programa de entrenamiento en resolución de problemas, regulación emocional y habilidades sociales. Grupo de niños Se les enseña habilidades cognitivas y comportamentales sobre diferentes tópicos (robos, manejo del enojo, manejo de la presión grupal). Técnicas: role-playing, viñetas en video, resolución de problemas, soluciones alternativas, relajación, mindfulness. Grupo de padres Se les enseña a lidiar con sus propias respuestas emocionales. Técnicas: contenido	- CBCL for behavioral problems Outcome Expectations Questionnaire (OEQ; Pardini, Lochman, & Frick, 2003) - The Social Competence Scale Parent Version (Conduct Problems Prevention Research Group, 1995). - The Parenting Practices Inventory (PPI; Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2001).	SNAP fue asociado a mejoras en habilidades para resolución de problemas, comportamiento prosocial, habilidades de regulación emocional y reducción del estrés paterno. Estos últimos tres elementos fueron mediadores en la reducción de conductas agresivas de los niños. Las mejoras en regulación emocional mediaron parcialmente sobre resultados

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
		SNAP para varones.		Se realizaron medidas pre y post tratamiento. Se hicieron entrevistas en 4 momentos: línea de base, a los 3, 9 y 15 meses.		psicoeducativo, discusiones con otros padres, observación, modelado.	—The Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF; Abidin, 1995).	vinculados a depresión y ansiedad. Las mejoras paternas no tuvieron diferencias en cuanto a condiciones de tratamiento.

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
11	Goertz-Dorten, A., Benesch, C., Hautmann, C., Berk-Pawlitzeck, E., Faber, M., Lindenschmidt, T., Stadermann, R., Schuh, L., & Doepfner, M. (2017). Efficacy of an individualized social competence training for children with Oppositional Defiant Disorders/Conduct Disorders. <i>Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research</i> , 27(3),	Los participantes fueron 6 niños de entre 6 y 12 años, con diagnóstico de TC o TOD.	El objetivo de este ensayo controlado randomizado es reportar la eficacia de un programa de base cognitivo-conductual individualizado para el tratamiento de niños con comportamientos agresivos (THAV).	Se obtuvo la muestra en Colonia, Alemania, a través de los servicios de salud públicos y privados de la zona. Se realizaron evaluaciones para confirmar los diagnósticos de los criterios de inclusión. Debido a que THAV es un programa individualizado, se realizaron entrevistas semi-estructu-	Se llevaron adelante 24 sesiones semanales con los niños, de 50 minutos de duración, y de 6 a 10 sesiones o breves contactos con padres y maestros.	THAV es un programa de base cognitivo-conductual, grupal pero adaptado a las necesidades de cada participante. Los módulos principales del entrenamiento de los niños son: 1) psicoeducación y desarrollo de relación terapéutica, 2) intervenciones cognitivo-sociales, 3) entrenamiento en el control del enojo, 4) entrenamiento en habilidades de resolución de problemas sociales, 5) prevención de recaídas. Técnicas: role-playing, feedback en video, tareas domiciliarias, instrucciones para escenarios de la vida real, auto-reforzamiento. Intervención con padres y	- Diagnostic Checklist for Disruptive Behavior Disorder (DCL-DBD) Questionnaire for Aggressive Behavior of Children (FAVK-parent and FAVK-child, respectively) (Goertz-Dorten & Doepfner, 2010a) - The parent-rated SCL-DBD of the German Diagnostic System for Children and Adolescents (DISYPS-II: Döpfner et al., 2008)	Se obtuvieron mejoras significativas en todas las medidas de resultados de los reportes parentales. Se disminuyeron los comportamientos agresivos y se fortalecieron los comportamientos prosociales. En cuanto a las medidas de reporte de los propios niños, se encontraron mejoras significativas en la disminución de la perturbación en la interacción social.

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
326–337.	https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1094587			radas para diseñar el plan de acuerdo a las necesidades del niño y su familia.		maestros incluye: - cómo comunicar instrucciones efectivas, - métodos de recompensa (ejemplo: sistema de fichas), - métodos apropiados de castigo (ejemplo: tiempo afuera), - cómo identificar y modificar ideas disfuncionales de los padres sobre sus hijos, - manejo y auto-control de la propia agresividad y manejo de conflictos.		
				Se tomaron medidas pre y post intervención.				

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
12	David, O. A., Capris, D., & Jarda, A. (2017). Online Coaching of Emotion-Regulation Strategies for Parents: Efficacy of the Online Rational Positive Parenting Program and Attention Bias Modification Procedures. <i>Frontiers in psychology</i> , 8, 500. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00500	ABM: participaron 42 padres de niños entre 2 y 12 años, con una media de 5.93, rPPP: participaron 53 padres de niños entre 2 y 12 años, con una media de 5.31. Todos los niños tenían diagnóstico de algún trastorno comportamental.	En este estudio se realizan dos investigaciones con los siguientes objetivos: 1) evaluar la eficacia de los procedimientos de modificación de los sesgos atencionales (ABM), 2) evaluar la eficacia de la versión online del programa de crianza positiva racional (rPPP) con o sin el	ABM Se obtuvo la muestra de jardines y colegios, y luego de cumplir criterios de inclusión se asignaron aleatoriamente a ABM o lista de espera en el caso del estudio 1, y a rPPP o rPPP+ABM en el estudio 2. En ambos casos, se utilizó el procedimiento estándar de ABM utilizando las	ABM: se realizaron 5 sesiones online durante 1 semana, con una duración de 15 minutos cada una. rPPP: 8 módulos recibidos por e-mail, con un ritmo de 2 módulos por semana. rPPP+ABM: 8 módulos y 1 semana de entrenamiento ABM durante 15 minutos, 5 veces a la semana.	ABM: A través de un software se presentan caras de emociones negativas, positivas y neutras, con dos emociones presentadas en simultáneo. Se pidió a los padres que presionaran las letras E o F, que llevaban a fotos con emociones positivas. El objetivo es orientar la atención desde un estímulo negativo a uno positivo. La técnica utilizada es el condicionamiento clásico. rPPP tiene el siguiente contenido: 1) Introducción del programa, metas y objetivos de cambios, educación sobre las causas de los trastornos de conducta, 2 y 3) enseñanza de estrategias de regulación emocional basadas en la	- The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997). - The Parent Behavior Inventory (PBI; Lovejoy et al., 1999). - The Parent Stress Scale (PSS; Berry and Jones, 1995). - The Parenting Sense of Competence Scale (Gibaud-Wallston and Wandersman, 1978).	ABM: los padres que participaron en la intervención registraron resultados significativamente mejores que la lista de espera en: estrés parental, satisfacción, fortalezas de los niños (reportes paternos). rPPP y rPPP+ABM: ambos grupos muestran mejoras significativas en resultados de actitudes y emociones. La magnitud de los cambios obtenidos, tanto los relacionados a los padres (crianza,

Nº Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
		agregado de un módulo de ABM.	<p>caras de los niños. El objetivo fue redireccionar la atención de los padres de las caras de enojo a las caras de felicidad de los niños, con propósitos preventivos. Se solicitó a los padres que llevaran un registro de las interacciones positivas y negativas con los niños. Se tomaron mediciones pre y post intervención.</p>		<p>teoría cognitivo-conductual. 4-7) manejo del estrés parental, habilidades de crianza positiva y de manejo de comportamientos negativos, 8) plan de prevención, resolución de problemas, resumen de lo aprendido en el programa. Técnicas: monitoreo, análisis funcional, modelo ABC, tareas domiciliarias, recompensas eficientes, extinción de conducta, instrucciones, tiempo fuera, escucha reflectiva.</p> <p>rPPP+ABM Se añade a los módulos anteriores, el entrenamiento en ABM descrito en el estudio 1.</p>		<p>auto-eficacia, autoestima, estrés) y los de los niños (interacciones) están en línea con la literatura en cuanto a la equivalencia de la eficacia comparable de la modalidad online versus cara a cara. En el caso de rPPP+ABM se obtienen resultados más fuertes que en el caso de rPPP.</p>

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
13	Perepletchikova, F., Nathanson, D., Axelrod, S. R., Merrill, C., Walker, A., Grossman, M., Rebeta, J., Scahill, L., Kaufman, J., Flye, B., Mauer, E., & Walkup, J. (2017). Randomized Clinical Trial of Dialectical Behavior Therapy for Preadolescent Children With Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Feasibility and Outcomes. <i>Journal of the</i>	Participaron un total de 43 niños de entre 7 y 12 años, con diagnóstico de DMDD.	El objetivo de este ensayo controlado randomizado es estudiar la factibilidad y eficacia preliminar de la Terapia Dialéctica Comportamental adaptada para niños y pre-adolescentes (DBT-C) con diagnóstico de DMDD.	La muestra se obtuvo a partir de referencias clínicas, publicidad paga en diarios, radio, buses e internet, derivaciones de pediatras y profesionales de la salud mental y folletos en escuelas y lugares de ocio. Los participantes, una vez cumplidos los criterios de inclusión, fueron	Se realizaron 32 sesiones con una frecuencia semanal, de 90 minutos cada una. Se dividen en: sesiones con el niño, entrenamiento de padres y entrenamiento en habilidades de padres e hijos.	DBT-C incluye: <ul style="list-style-type: none"> - regulación emocional de padres, - creación de entornos validantes, - práctica regular de habilidades. Al igual que DBT de adultos, tiene los siguientes módulos: <ol style="list-style-type: none"> 1) Mindfulness, 2) Tolerancia a la frustración, 3) Regulación emocional, 4) Efectividad interpersonal El componente para padres incluye: <ol style="list-style-type: none"> 1) instrucción en cómo crear entornos validantes y aptos para cambios, 2) preparación para convertirse en coaches de sus propios hijos, promoviendo respuestas adaptativas durante el tratamiento y 3) enseñanza de habilidades 	<ul style="list-style-type: none"> - The Therapy Satisfaction Questionnaire–Parent and Child Versions (TSQ). - The Therapist Satisfaction Scale (TSS). - The Psychosocial Treatment Compliance Scale (PTCS) - The Clinical Global Impression Scales (CGI) (Guy, 1976). - The Children’s Global Assessment Scale (CGAS) (Schaffer, D, Gould MS, Brasic J, et al, 1983). 	Los padres y niños con DBT-C expresaron satisfacción con el tratamiento significativamente mayor que el grupo TAU. El porcentaje de respuesta positiva al tratamiento fue de 90.% para DBT-C, comparado con 45.5% para TAU. DBT-C mostró factibilidad en todos los dominios descriptos. A su vez, los resultados indican una eficacia preliminar del tratamiento, con tasas de remisión del 52.4% para

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
	<p>American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 56(10), 832–840. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.07.789</p>			<p>aleatoriamente asignados a DBT-C o a TAU. Se realizaron medidas pre y post tratamiento. Los dominios de factibilidad incluyeron: reclutamiento, randomización, retención, satisfacción de los participantes y adherencia del terapeuta. Se realizaron evaluaciones a ciegas en la línea de base, 8, 16, 24 y 32 semanas</p>		<p>efectivas para la resolución de problemas y el afrontamiento de diversas situaciones, 4) enseñanza a padres e hijos de cómo identificar las funciones de sus propias respuestas y resultados acerca de los diversos eventos, 5) enseñanza de intervenciones para manejar las vulnerabilidades relacionadas al amor propio, la seguridad y la sensación de pertenencia.</p>		<p>DBT-C, contra 27.3% para TAU. Las mejoras fueron sostenidas en el seguimiento de los 3 meses. Los terapeutas mostraron adherencia al tratamiento.</p>

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
				después, y un seguimiento a los 3 meses.				
14	Hawks, J. L., Kennedy, S. M., Holzman, J. B. W., & Ehrenreich-May, J. (2020). Development and Application of an Innovative Transdiagnostic Treatment Approach for Pediatric Irritability. Behavior therapy, 51(2), 334–349. https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.004	Participaron 19 niños de entre 8 y 12 años, con comportamientos disruptivos. La media de edad fue de 10 años. El 78.9% fueron varones, y el resto niñas.	El estudio utiliza datos ya existentes con la finalidad de estudiar la factibilidad, aceptación y eficacia de una versión adaptada del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (UP-C), para niños que primariamente exhiben	La muestra se obtuvo de una unidad de pacientes de un hospital académico. Los participantes fueron evaluados para identificar si cumplían los criterios de inclusión. Todos tenían que tener niveles elevados de comportamientos disruptivos, desregulación	Se realizaron un total de 10 sesiones, con una frecuencia semanal, de 90 minutos de duración. Los últimos 20 minutos se llevaron a cabo actividades experienciales padres-hijos.	El Protocolo UP-C implicó las siguientes habilidades de acuerdo a las sesiones: 1-4) Considera mis emociones, 5) Observa mis pensamientos, 6 y 7) Usa mente de detective para resolver problemas, 8 y 9) Experimenta mis emociones, 10) Mantente feliz y sano. Técnicas: identificación y normalización de emociones, identificación de recompensas colaborativas, acción opuesta, coaching parental, atención selectiva, resolución de problemas.	- Affective Reactivity Index (ARI; Stringaris et al., 2012) - Disruptive Behavior Rating Scale (DBRS; Barkley, 1997) - Emotion Regulation Checklist (ERC; Shields & Cicchetti, 1997) - Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997) - Children's Automatic Thoughts Scale (CATS; Schniering & Rapee, 2002).	Los resultados apoyan la factibilidad y aceptación de este tratamiento y provee evidencia preliminar sobre la eficacia de este tipo de tratamientos sobre la irritabilidad y los comportamientos disruptivos en la infancia.

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
			irritabilidad persistente o comportamientos disruptivos.	emocional o irritabilidad para ser admitidos. Se realizaron dos grupos, y se tomaron medidas pre y post intervención.				
15	Storebø, O. J., Skoog, M., Damm, D., Thomsen, P. H., Simonsen, E., & Gluud, C. (2011). Social skills training for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. The Cochrane database of	Participaron de esta revisión sistemática un total de 25 estudios, que recogen información de 2690 participantes. Los mismos tenían una edad entre 5 y 17 años. Podían tener	El objetivo de esta revisión es presentar evidencia acerca de los efectos beneficiosos o dañinos que puede tener el entrenamiento en habilidades sociales en niños y	Se realizó una revisión sistemática en diversas bases de datos, así como resúmenes de conferencias, contacto con autores, artículos aún sin publicar. El criterio de inclusión eran ensayos controlados	Las intervenciones tuvieron una duración de entre 5 semanas a 2 años.	Los tratamientos incluidos fueron: 1) entrenamiento en habilidades sociales, 2) terapia cognitivo conductual, 3) terapia multimodal comportamental/terapia psicosocial, 4) tratamiento de habilidades para la atención y la vida del niño, 5) entrenamiento de habilidades para la vida, 6) programa "Challenging horizon",	Diferentes mediciones de acuerdo a los estudios, incluyendo siempre reportes parentales y cuestionarios estandarizados.	No se encontraron efectos clínicamente relevantes a partir de las intervenciones en habilidad sociales. A su vez, los resultados no reportan ningún efecto adverso.

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
systematic reviews, (12), CD008223. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008223.pub2	o no diagnóstico comórbido.	adolescentes con diagnóstico de TDAH.	randomizados que investigaran la eficacia del entrenamiento o en habilidades sociales en niños y adolescentes con TDAH versus ninguna intervención, o lista de espera. Se llevó a cabo la revisión y el meta-análisis de acuerdo a los parámetros establecidos por la Cochrane		7) auto-instrucciones verbales, 8) entrenamiento meta-cognitivo, 9) terapia comportamental, 10) tratamiento comportamental y de habilidades sociales, 11) tratamiento psicosocial.			

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
				Library.				
16	Huguet, A., Izaguirre Eguren, J., Miguel-Ruiz, D., Vall Vallés, X., & Alda, J. A. (2019). Deficient Emotional Self-Regulation in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Mindfulness as a Useful Treatment Modality. <i>Journal of developmental and behavioral pediatrics</i> : JDBP, 40(6), 425–431. https://doi.org/	Participaron 72 niños de entre 7 y 12 años con un diagnóstico de TDAH. 36 fueron parte del grupo Mindfulness, con una edad de 9 años, y un 71% de varones.	El objetivo de este estudio fue investigar la eficacia de un programa estructurado de intervención grupal basado en Mindfulness, enfocado en las deficiencias en auto-regulación emocional (DESR) en una muestra de niños con TDAH.	La muestra fue reclutada de una unidad de salud mental dedicada al tratamiento del TDAH. Cumplidos los criterios de inclusión, se asignaron aleatoriamente en dos grupos: mindfulness y grupo de control. Se realizaron medidas pre y post intervención.	Se realizaron 8 sesiones con frecuencia semanal, durante 75 minutos cada una. Previo a la intervención grupal, cada niño participó junto a su familia, en una entrevista clínica para delimitar los problemas presentes, así como para conocer los potenciales beneficios del tratamiento de mindfulness.	Las sesiones consistieron de los siguientes elementos: 1) Psicoeducación de mindfulness. Reconocer el momento presente. 2) Ejercicio de auto-conciencia sensorial. Meditación, respiración. 3) Escaneo corporal. Meditación caminando. 4) Atención a los movimientos. Ejercicio de conciencia sensorial (visual) Meditación, respiración. 5) Mindfulness con la comida. Piloto automático. 6) Trabajando con pensamientos y emociones. Exploración de eventos placenteros y displacenteros. 7) Trabajando con pensamientos y emociones (dificultades). Integrar mindfulness a la vida cotidiana.	- Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age children-present lifetime version (K-SADS-PL), Spanish version (Soutullo). - Wechsler intelligence scale for children, fourth version (Wisc-IV) (Wechsler). - ADHD Rating Scale IV, parent version (Du Paul et al.) - Social Communication Questionnaire (SCQ; Rutter et al.).	Los participantes reportaron una reducción significativa de DESR, con disminución en los valores del perfil de desregulación emocional del CBCL. Todos los síntomas de TDAH mostraron una correlación positiva moderada con DESR. Los niños con diagnóstico de tipo combinado mostraron más altos niveles de DESR que los de tipo inatento. Aún así, no hay cambios significativos en el

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
10.1097/DBP.000000000000682						8) Trabajando con emociones. Cualidades de la conciencia. Se indicó tareas domiciliarias en todos los encuentros. Al final de las sesiones niños y padres se reunían con los terapeutas para recibir la explicación de lo trabajado.	- Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla).	tipo combinado luego del tratamiento con Mindfulness.
17	Prout, T. A., Rice, T., Murphy, S., Gaines, E., Aizin, S., Sessler, D., Ramchandani, T., Racine, E., Gorokhovskiy, Y., & Hoffman, L. (2019). Why Is It Easier to Get Mad Than It Is to Feel Sad? Pilot Study of Regulation-Focused Psychotherapy	Participaron en este estudio 3 niños con edades entre los 5 y los 9 años, con diagnóstico de TOD.	Este artículo reporta los resultados del estudio piloto de tres niños recibiendo Psicoterapia centrada en la regulación (RFP-C), un tratamiento breve, psicodinámico y manualizado, para el	La muestra se obtuvo a partir de publicaciones en línea. Aquellos que cumplieron los criterios de inclusión, fueron aceptados para el tratamiento. Se realizaron medidas pre y post tratamiento.	Se realizaron 20 sesiones llevadas a cabo durante 10 semanas, en un régimen de dos veces por semana. Se llevaron a cabo sesiones de juego con los niños, y 4 encuentros con los padres.	RFC-C tiene como objetivo activar formas más adaptativas de regular las emociones en niños con trastornos disruptivos. Es el primer programa psicodinámico sistematizado para este tipo de tratamientos. La técnica fundamental es la terapia de juego, identificación de mecanismos defensivos y exposición a emociones reprimidas y evitadas. El propósito de los encuentros con los padres es	- Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (Hommersen, Murray y Johnston, 2006). - Emotion Regulation Checklist (Shields y Cicchetti, 2006).	Los tres participantes mostraron mejoras en relación a las expectativas. Mostraron cambios confiables y clínicamente significativos, a partir de la valoración de síntomas. Asimismo, mostraron mejoras en sus capacidades de regulación emocional.

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
	for Children. American journal of psychotherapy, 72(1), 2–8. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20180027		tratamiento del TOD y otros trastornos externalizant es.			el entendimiento del significado del comportamiento de los niños.		

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
18	Derella, O. J., Johnston, O. G., Loeber, R., & Burke, J. D. (2019). CBT-Enhanced Emotion Regulation as a Mechanism of Improvement for Childhood Irritability. <i>Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53</i> , 48(sup1),	Participaron un total de 252 niños entre 6 y 11 años, con problemas de comportamientos importantes. El total de participantes fueron varones, debido a que el programa SNAP implementado en la región hasta el momento, está solo disponible para varones.	El objetivo de este estudio es identificar si un programa cognitivo-conductual diseñado para tratar los problemas de comportamiento disruptivo en niños en edad escolar, también generan mejoras en los síntomas de irritabilidad crónica: enojo, susceptibilidad	Para la realización de este estudio, se utilizó información de la Evaluación Pittsburgh del Programa SNAP (2015/2016). Luego de cumplir criterios de inclusión, los participantes fueron aleatoriamente asignados al grupo SNAP o al tratamiento estándar. Se tomaron medidas pre y post	La fase uno tiene sesiones grupales semanales durante 3 meses. La fase dos se estipula en relación a las necesidades individuales.	SNAP tiene dos fases: 1) Fase de sesiones grupales que incluye: - entrenamiento en resolución de problemas, - habilidades de regulación emocional, - actividades de rope-playing, viñetas en videos, intercambio y críticas de estrategias de resolución de problemas. Los padres participan de la siguiente manera: - revisión de técnicas de tratamiento, - involucramiento en el entrenamiento en resolución de problemas, - discusión con otros padres. 2) Fase de identificación de necesidades específicas, que pueden implicar: - consejería familiar,	- Child Symptom Inventory-4: Parent Checklist (CSI-4; Gadow & Sprafkin 2002). - The Social Competence Scale-Parent Version (SCS)(Conduct Problems Prevention Research Group, 1995). - Emotion Regulation Checklist (Shields & Cicchetti, 1997; Gouley et al., 2008).	Aunque el grupo SNAP obtuvo más bajos índices de irritabilidad en comparación con el tratamiento estándar, el efecto principal fue pequeño y no estadísticamente significativo. Sin embargo, se encontró un efecto significativo indirecto del tratamiento SNAP en la irritabilidad, con la mejora en la regulación emocional. Mejoras en la regulación emocional fueron asociadas a una reducción sustancial de la

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
S146–S154.	https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1270832		ad y mal humor. Otro objetivo adicional es entender si las mejoras en regulación emocional tuvieron un rol específico en la reducción de la irritabilidad.	intervención. Los participantes fueron entrevistados con sus padres al momento de establecer la línea de base, a los 3, 9 y 15 meses.		- sesiones de SNAP individuales, - tutorías académicas, - mentorías, - restitución de víctimas.		irritabilidad.

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
19	Scavenius, C., Chacko, A., Lindberg, M. R., Granski, M., Vardanian, M. M., Pontoppidan, M., Hansen, H., & Eiberg, M. (2020). Parent Management Training Oregon Model and Family-Based Services as Usual for Behavioral Problems in Youth: A National Randomized Controlled Trial in Denmark. Child psychiatry and human development,	Participaron un total 64 familias con niños de entre 3.5 y 13 años. La media de edad fue de 8 años. El 69% de los participantes fueron varones.	El objetivo de este ensayo controlado randomizado es comparar el Entrenamiento de padres del Modelo Orgeno (PMTO) a los servicios usuales de tratamiento familiar (TAU).	Se obtiene la muestra a partir de familias referidas a servicios de atención municipales en Dinamarca. Con las familias que cumplían criterios de inclusión, se realizó la asignación aleatoria para participar en uno de los dos grupos: PMTO o TAU. Se realizaron medidas pre y post tratamiento,	Se llevaron a cabo un promedio de 23 sesiones semanales durante el transcurso de 7 meses. El tratamiento varió de acuerdo a la familia, no siendo estándar para todas. Las sesiones tuvieron una duración de 1 hora.	Durante el entrenamiento, los padres fueron guiados a través de 5 componentes fundamentales: 1) estimulación de habilidades, 2) disciplina efectiva, 3) monitoreo de actividades, 4) resolución de problemas, 5) involucramiento positivo. Técnicas: reforzamiento positivo contingente, enseñanza, castigos moderados, monitoreo, negociación, role-playing, tareas domiciliarias.	- The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997). - The parenting sense of competence (PSOC) scale (Johnston, 1989). - The Ladder of Life (LOL) de Self Anchoring Striving Scale (Kilpatrick FP, Cantril H, 1960). - The Sense of Coherence (SOC) scale (Antonovsky A, 1993). - The Parental Stress Scale (PSS)(Berry JO, Jones WH, 1995). - The Major Depression	Los resultados demuestran que tanto el PMTO como el TAU implican mejoras significativas en los problemas internalizantes y externalizantes de los niños. A su vez, mejoran la eficacia parental, así como los síntomas de estrés y depresión paternos. Se reportan mejoras en la sensación de cohesión. El tamaño de efecto reportado post tratamiento y en el seguimiento es de pequeño a moderado, en acuerdo con valoraciones

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
	51(5), 839–852. https://doi.org/10.1007/s10578-020-01028-y			con tres valoraciones: línea de base, 7-8 meses luego de la intervención, y seguimiento a los 18-20 meses.			Inventory (MDI) (Bech P, Rasmussen NA, Olsen LR, Noerholm V, Abildgaard W, 2001).	anteriores del modelo. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre PMTO y el TAU.
20	Derella, O. J., Burke, J. D., Romano-Verthel yi, A. M., Butler, E. J., & Johnston, O. G. (2020). Feasibility and acceptability of a brief cognitive-behavioral group intervention for chronic irritability in youth. <i>Clinical child psychology</i>	Participaron del estudio 14 niños de entre 7 y 11 años, con síntomas de irritabilidad problemática. La media de edad fue de 8.44 años. El 72% fueron varones. Se reclutó niños con	Este estudio piloto fue llevado a cabo para desarrollar y evaluar un breve módulo sobre irritabilidad (I-SNAP), dentro de una validada intervención grupal cognitiva-conductual	La muestra se obtuvo a través de folletos distribuidos a nivel comunitario local. Los niños que cumplieron con los criterios de inclusión fueron integrados en dos grupos distintos del	Se llevaron adelante 6 sesiones en paralelo padres e hijos, de 75 minutos de duración.	El programa I-SNAP tiene las siguientes características: - una primera sesión introductoria del modelo: identificación de señales emocionales, uso de estrategias de afrontamiento centradas en lo emocional (ej: relación), desafío de distorsiones cognitivas utilizando auto-instrucciones adaptativas y resolución de problemas, - las sesiones comienzan con un período de juego seguido de discusiones grupales sobre tópicos específicos,	- The CASI-5 (Gadow & Sprafkin, 2013) - The Social Competence Scale (SCS; Conduct Problems Prevention Research Group, 1995) - Parenting Practices Inventory (PPI; Lochman & Conduct Problems	Los resultados proveen apoyo inicial, sugiriendo que I-SNAP puede ser factible de implementar, así como apoyada por los padres. El análisis piloto demuestra que esta breve intervención grupal fue asociada a resultados positivos consistentes con los objetivos del tratamiento.

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
and psychiatry, 25(4), 778–789. https://doi.org/10.1177/1359104520918331	síntomas de irritabilidad, más allá de los diagnósticos establecidos.	para niños (Programa SNAP).	mismo programa (I-SNAP). El criterio para dividir los grupos fue por cercanía de edad. Se realizaron medidas pre y post intervención.		- se discuten estrategias de afrontamiento, - se realiza role-playing, que es grabado y luego discutido por el grupo, apuntalando las habilidades trabajadas, - la sesión final se comparte padres-hijos para reforzar lo aprendido y estimular la generalización de habilidades.	Prevention Research Group, 1995).		

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
21	Vacher, C., Goujon, A., Romo, L., & Purper-Ouakil, D. (2020). Efficacy of psychosocial interventions for children with ADHD and emotion dysregulation: a systematic review. <i>Psychiatry research</i> , 291, 113151. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113151	Se incluyeron 12 estudios que cumplieron los siguientes criterios: a) niños o adolescentes (hasta 18 años), b) tratamientos psicosociales en niños con TDAH y DE, c) RCT, estudios cuasi-experimentales, d) uso de medidas estandarizadas, e) inglés o	El objetivo de esta revisión sistemática fue evaluar los efectos de las intervenciones psicosociales en niños con TDAH y desregulación emocional (DE), particularmente en cuanto a beneficios y limitaciones.	Esta revisión sistemática se llevó adelante de acuerdo a la guía de revisiones PRISMA (Cochrane Library). Dos investigadores independientes revisaron las bases de datos con los mismos descriptores relativos a la pregunta problema, en el período 2000-2018.	La cantidad de sesiones varió de 10 a 22, con un promedio de 14.25, en general con frecuencia semanal. La duración osciló entre 60 y 105 minutos, con un promedio de 85 minutos.	Los tratamientos incluidos fueron: - Programa OutSMARTers, - Terapia experimental, - Terapia comportamental, - Entrenamiento de padres: Programa de socialización emocional, - SNAP + ACT, - Terapia de modificación conductual, - Manejo de frustración para niños (MFC), - Entrenamiento comportamental para padres (COPE), - Intervención de regulación emocional, - Entrenamiento en sesgos de interpretación, - Programa RELAX: regula tu emociones como un experto.	Se utilizan diferentes métodos de medición de acuerdo al estudio analizado.	El análisis de los resultados reportados en estos estudios, sugiere que las intervenciones psicosociales puede mejorar la irritabilidad severa y los comportamientos agresivos en niños con TDAH y DE. Sin embargo, la breve duración de los ensayos, la falta de seguimiento o de grupo de control en varios de los estudios, así como la heterogeneidad de las medidas de los resultados, puede afectar la interpretación de los resultados.

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
			francés, f) diagnóstico de TDAH reconocido de acuerdo a criterios internacional es (DSM, CIE). El total de los estudios implicó una muestra de 1339 niños y adolescentes .					

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
22	Muratori, P., Conversano, C., Levantini, V., Masi, G., Milone, A., Villani, S., Bögels, S., & Gemignani, A. (2021). Exploring the Efficacy of a Mindfulness Program for Boys With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder. <i>Journal of attention disorders</i> , 25(11), 1544–1553. https://doi.org/	Participaron 50 niños de entre 8 y 12 años, con diagnóstico de TDAH y TOD, con sus familias. La media de edad fue de 8.75 años. El 100% fueron varones (criterio de inclusión).	Este estudio fue el primer intento de explorar la eficacia del protocolo de Mindfulness para niños con TDAH y TOD, y sus padres.	La muestra se obtuvo a partir de pacientes de una unidad hospitalaria. Cumplidos los criterios de inclusión, se realizó una asignación aleatoria a grupo Mindfulness, o lista de control. Se llevaron a cabo mediciones pre y post intervención.	Se realizaron 9 sesiones de 1 hora y media de duración.	La intervención se llevó a cabo con el siguientes contenido: 1) El jardín secreto: introducción. 2) Exploración de mente y cuerpo. 3) La mente errante. 4) Emociones y sentimientos. 5) Emociones negativas. 6) El minuto antes de la acción. 7) Practica la amabilidad. 8) Conclusiones. Cada sesión tuvo una estructura similar: meditación de apertura, revisión de tarea domiciliaria, tormenta de ideas y puesta en común de experiencias, meditaciones formales, lecturas, fábulas y canciones relacionadas al objetivo de la sesión, meditación de cierre y asignación del trabajo	- Modified Overt Aggression Scale (MOAS; Kay et al., 1988). - Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997). - The Bells Test—Revised (Biancardi & Stoppa, 1997). - The Matching Familiar Figures (MF-20) test from Italian Battery for ADHD (Marzocchi et al., 2010). - Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM; Greco et al., 2011). - Avoidance and	Los niños que participaron de la intervención grupal tuvieron resultados significativamente superiores que el grupo de control en los siguientes elementos: comportamientos hiperactivos en el contexto escolar, atención visual sostenida, cuestionario de evitación y fusión. No se encontraron efectos significativos en comportamientos agresivos.

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
	10.1177/10870 54720915256					domiciliario.	Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y; Schweiger et al., 2017).	
23	Chesterfield, J. A., Porzig-Drummond, R., Stevenson, R. J., & Stevenson, C. S. (2021). Evaluating a brief behavioral parenting program for parents of school-aged children with ADHD. Parenting: Science and Practice, 21(3), 216–240. https://doi.org/10.1080/15295	Participaron 57 padres de niños entre 6 y 12 años con diagnóstico de TDAH. La media de edad de los 28 que participaron en el grupo de intervención fue de 8.1 años. El 60.7% fueron varones. El 67.9% tenían un	Este estudio evalúa si un breve programa comportame ntal (1-2-3 Magic), puede tener efectos en la reducción de comportami entos disruptivos y síntomas de TDAH en niños en edad escolar con TDAH y padres que llevan adelante una	La muestra se obtuvo en un radio de 40 km de la Universidad Macquarie a través de folletos en escuelas y centros de salud. Se valoraron los criterios de inclusión, y se asignó de manera aleatoria una de las siguientes opciones: grupo 1-2-3	3 sesiones de 2 horas de duración, durante el curso de 1 semana.	Se realizó la intervención con la siguiente estructura de acuerdo a la sesión: 1 y 2) Se abordaron los comportamientos STOP (frenar), 3) Se trabajan los comportamientos START (iniciar). Se miran los DVDs con el material del programa, donde se explican técnicas parentales, mostrando viñetas en video con respuestas más o menos adaptativas de los padres. El foco está en la reducción de los comportamientos disruptivos. Se realizaron momentos de	- The Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI; Eyberg & Pincus, 1999). - The Parent Stress Index–Short Form (4th ed.; PSI-4-SF; Abidin, 2012). - The Conners 3rd Edition-Parent Short Form (Conners 3-P(S); Conners, 2008). - The Therapy Attitude Inventory (TAI; Breston, Jacobs, Rayfield, & Eyberg, 1999).	Los padres que participaron del tratamiento grupal reportaron menor comportamiento disruptivo, reducción de la severidad de los síntomas de TDAH, y disminución de elementos disfuncionales en la crianza; en comparación con el grupo de control. Los resultados post intervención mostraron que la eficacia se mantuvo en el seguimiento de los 6 meses.

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
192.2020.1777783		diagnóstico comórbido a TDAH.	crianza de tipo disfuncional.	Magic o lista de control.		preguntas y respuestas.		
24	Mulraney, M, Sciberras, E, Payne, JM, De Luca, C, Mills, J, Tennant, M, & Coghill, D. (2022). Collaborative and Proactive Solutions compared with usual care to treat irritability in children and adolescents: a pilot randomized controlled trial. Clinical Psychologist 26(2) : 231 -239.	Participaron 12 niños de entre 9 y 14 años. Todos ellos con trastornos comportamentales e irritabilidad. El 42% fueron varones.	El objetivo de este estudio fue evaluar la aceptabilidad y factibilidad de la intervención CPS en niños y adolescentes con problemas severos de irritabilidad.	La muestra fue obtenida en un servicio universitario. Se asignó aleatoriamente a 6 de los niños al tratamiento CPS, mientras que a los otros 6 se les asignó tratamiento habitual (TAU). Se tomaron medidas pre y post intervención. Las primeras medidas post fueron	Se realizaron 12 sesiones de 75 minutos cada una.	CPS consiste en cuatro módulos de tratamiento: a) identificación de las habilidades rezagadas y los problemas no resueltos que contribuyen a los episodios oposicionistas, y una discusión acerca de cómo las actitudes parentales pueden generar efectos contraproducentes, b) priorización de los problemas no resueltos para que sea el foco para iniciar las discusiones de resolución de problemas, c) introducción del plan, y ayuda a los padres a comprender las tres posibles respuestas: Plan A, B o C, d) implementación del Plan B, ayudar a los padres y niños en la utilización de ésta herramienta.	s/d	Los resultados en cuanto a la aceptabilidad y factibilidad fueron buenos. Comparado a TAU, el grupo que estuvo en CPS, tuvo mucho mejores resultados en: irritabilidad, calidad de vida, funciones ejecutivas y funcionamiento familiar.

Nº	Artículo	N Población	Objetivos	Método	Cantidad de sesiones	Tratamiento	Instrumentos de medición	Resultados
				inmediatas, y luego se volvió a realizar una valoración 4 meses después.				