



Puntos clave

- El diagnóstico del trastorno oposicionista desafiante (ODD) precisa de una historia clínica de calidad con evaluación del desarrollo, ya que el diagnóstico es exclusivamente clínico, sin que haya ni prueba ni determinación que lleve al diagnóstico.
- El ODD es un trastorno precoz del comportamiento social de la infancia y la adolescencia que se caracteriza por conductas de enfrentamiento y oposición a las normas del contexto, que se acompañan de otras conductas de tipo cercano al comportamiento disocial y el niño lo hace de forma repetitiva y persistente, al menos durante 6 meses.
- No debe diagnosticarse ODD si se cumplen criterios para un trastorno disocial de la personalidad, esquizofrenia, episodio maniaco, episodio depresivo, TGD, TDAH, retraso mental.
- El tratamiento integrado es el de elección, basándose en el nivel comunitario de atención a los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia, para poder abordar técnicas de solución de conflictos de forma alternativa.

Trastorno negativista (oposicionista)-desafiante en la infancia

JOSE LUIS PEDREIRA-MASSA

Sección de Psiquiatría y Psicología Infantil. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. España. jlpedreira.hnjs@salud.madrid.org



Lectura rápida



El trastorno oposicionista desafiante (ODD) es un trastorno discutido de aparición precoz en la primera infancia y que puede persistir a lo largo de la infancia y adolescencia.

No existen pruebas específicas algunas para su diagnóstico, por lo que el diagnóstico es meramente clínico, precisando experiencia y formación en los trastornos mentales y del comportamiento en la infancia y la adolescencia.



Introducción

Los actuales sistemas de clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento^{1,2} han supuesto un avance relevante a la hora de ponerse de acuerdo en la terminología empleada por diferentes sectores, quizá también hayan contribuido a incrementar la coincidencia diagnóstica que acontece entre diferentes profesionales, incluso hayan incrementado el acuerdo terapéutico (casi siempre farmacológico), pero en no pocas circunstancias han contribuido a crear iatrogenia, a incrementar un alarmismo innecesario (psicologizar o psiquiatrizar actitudes y comportamientos sociales más o menos comunes), han contribuido a un simplismo alarmante en la clínica y, lo que es peor, a un alejamiento muy preocupante de la comprensión psicopatológica de los diferentes trastornos mentales.

Todo lo anterior es mucho más evidente en los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia, donde las categorías para esta etapa del desarrollo humano son claramente imprecisas e insuficientes y el aplicar los criterios de la etapa adulta, edad para la que se han creado los criterios, resulta poco riguroso científicamente en la gran mayoría de los casos³⁻⁵.

Desde la versión de la tercera revisión *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-III) se viene introduciendo una categoría muy discutible en el apartado de los trastornos mentales del comportamiento de la infancia y la adolescencia: el trastorno negativista u oposicionista y desafiante (ODD según sus siglas en inglés o TOD sus siglas en español).

Sistemas de clasificación

Aunque aparentemente existen coincidencias entre los 2 grandes sistemas de clasificación de los trastornos mentales, lo cierto es que las diferencias son más cualitativas: mientras el sistema DSM¹ está elaborado (al menos hasta la actual revisión en marcha) por una única sociedad científica de un único país (la *American Psychiatric Association* [APA] de EE.UU.), mientras que la Clasificación Internacional de enfermedades CIE² se elabora en la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la participación de más de 150 países. Ahora bien, el total presupuestado por la OMS para todo un año es algo inferior a lo que la APA dedica en una única semana. Por no considerar que la mayoría de las publicaciones subsidiarias de tener alcance en el marketing/*merchandaising* científico denominado IF (*impact*

factor) tienen capital americano y exigen la utilización de la terminología DSM en toda su amplitud (no sólo la denominación de las categorías, sino también la confusa denominación de comorbilidad y sus consecuencias derivadas de la pérdida de precisión científica). Lo más lamentable de esta «invasión» ha sido la pretensión, quizá omnipotente, de querer simplificar la clínica a las categorías diagnósticas y pretender sustituir la psicopatología por la taxonomía y la nomenclatura de síntomas más o menos aislados y, en la mayor parte de las ocasiones, descontextualizados.

En lo tocante al ODD existen diferencias muy patentes entre ambos sistemas de clasificación: la cuarta revisión y actualización del DSM (DSM-IV-TR)¹ sitúa el trastorno dentro del epígrafe «Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia», en el grupo de «Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador», lo que facilita el equívoco de forma muy evidente. La décima revisión de la CIE (CIE-10)² también lo incluye en el epígrafe de «Trastornos del niño y del adolescente», pero en el grupo de trastornos disociales. Este matiz es de suma importancia y trascendencia clínica, pero sobre todo evita la iatrogenia, la estigmatización y el alarmismo.

Otra diferencia fundamental consiste en los criterios a cumplir para el diagnóstico, mientras la DSM los restringe al cumplimiento de 4 síntomas de 8 criterios; la CIE exige el cumplimiento solamente de al menos 2 síntomas de 9 (coinciden en 8 ambos sistemas), pero pueden cumplirse otros 2 síntomas de una serie de hasta 23 criterios, con lo que la exigencia es mayor en orden a la gravedad.

Ambos sistemas coinciden en algo fundamental: valorar la edad de aparición de los síntomas y la forma en que se presentan. Resulta un matiz clave para entender el trastorno y no caer en una psicologización o psiquiatricización de actitudes, comportamientos o conductas.

De igual forma, es absolutamente importante la coincidencia en cuanto a la presentación de criterios de exclusión, aunque son más amplios y precisos en la CIE-10, puesto que se acompañan del diagnóstico diferencial, este simple hecho elimina de un plumazo la tentación del constructo oportunista y escasamente científico de comorbilidad, cuando es empleado a una mera asociación de síntomas sin contextualizarlos con el componente psicopatológico, clínico, psicosocial y del desarrollo. Para todo ello: la historia clínica de calidad con visión de la evaluación del desarrollo resulta determinante, ya que el diagnóstico es exclusivamente clínico, sin que haya ni prueba ni determinación que lleve al diagnóstico⁶⁻⁸.

Concepto y epidemiología

Para la CIE-10² se refiere a un patrón repetitivo y persistente que conlleva la violación de los derechos básicos de los demás o de las normas sociales básicas apropiadas a la edad del paciente y que se presente durante, al menos, 6 meses. El DSM-IV-TR¹ nos dice que la característica fundamental es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste durante al menos 6 meses y que deben de aparecer con más frecuencia de los típicamente observados en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables, debiendo producir un deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral.

Según la DSM-IV-TR¹ las tasas de presentación del trastorno son muy dispares; oscilan entre el 2-16%, pero esta tasa depende fundamentalmente de dos factores que resultan determinantes para interpretar y contrastar las tasas aportadas: de la población estudiada y de los métodos de evaluación que se hubieran empleado.

En general este trastorno suele evidenciarse antes de los 8 años de edad y nunca debiera emplearse más allá de la adolescencia. Su inicio suele ser gradual y mantenerse durante meses o incluso años. Fundamentalmente aparecen en el contexto familiar, aunque con el paso del tiempo podrían aparecer en otros ambientes. No es extraño que puedan evolucionar, aunque no en todos los casos, hacia trastornos disociales o incluirse en personalidades disociales, por esta razón más allá de la adolescencia no debe diagnosticarse al primar el trastorno de la personalidad disocial.

Epidemiológica y clínicamente es importante decir que tanto en niños preescolares como en adolescentes son muy frecuentes los comportamientos de oposición de forma transitoria, por lo que debe tenerse mucha precaución a la hora de determinar si es un comportamiento propio de la etapa del desarrollo o bien es un síntoma del ODD⁵⁻⁹.

El ODD es más prevalente en niños que en niñas antes de la pubertad, pero tiende a igualarse en la pubertad. Aunque los síntomas básicos son similares, en los chicos es más frecuente que en las chicas la conducta de confrontación y la persistencia de los síntomas.

Otro dato epidemiológico y clínico se refiere al patrón familiar^{10,11} de comportamiento. El ODD se describe de forma más prevalente en familias que tienen diagnósticos de trastornos del estado de ánimo, trastornos de compor-

tamiento social (trastornos disociales, personalidad antisocial, consumo de sustancias de abuso) y familias con conflictos conyugales graves. Hay trabajos que relacionan el ODD en los niños con la presencia de trastornos depresivos en la figura materna, pero no se ha podido aclarar de forma consistente en qué medida se relacionan ambos hechos.

Clínica orientativa del trastorno (oposicionista)-desafiante para pediatras

La referencia se sitúa en los criterios que señalan la DSM-IV-TR¹ y la CIE-10², y destacan:

- Rabiets excepcionalmente frecuentes y graves para la edad y desarrollo del niño ante situaciones nimias o irrelevantes, lo que las hace incomprensibles.
- Frecuentes discusiones con los adultos de referencia, casi exclusivamente del contexto familiar.
- Desafíos graves y frecuentes a los requerimientos o normas de los adultos.
- Con frecuencia, realiza actos para molestar a otras personas de forma aparentemente deliberada.
- A menudo culpa a otros de sus propias faltas o de su mala conducta.
- Se muestra quisquilloso y susceptible con los demás.
- Se muestra con frecuencia enfadado o resentido.
- Muestra unos rasgos de carácter de tipo rencoroso y vengativo.
- Miente con frecuencia, rompe las promesas que realiza sólo para obtener beneficios o para eludir sus obligaciones.

Estos síntomas guía pueden acompañarse, con mucha menor frecuencia, de inicio de peleas (sin incluir las peleas con los hermanos); amenazas con cuchillos u otros objetos de agresión; en la adolescencia o incluso antes se ausenta con cierta frecuencia de la casa familiar a pesar de la prohibición parental; se muestra cruel con otras personas o con animales domésticos; origina destrozos deliberadamente a la propiedad ajena, y puede incluso provocar actos pirómanos; sustracciones de objetos de valor tanto en el contexto familiar como fuera de él de forma ladina, sin emplear violencia; ausencias reiteradas del colegio de

Lectura rápida



Se destaca en el cuadro clínico conductas de enfrentamiento y oposición a las normas del contexto, que se acompañan de otras conductas de tipo cercano al comportamiento disocial y el niño lo hace de forma repetitiva y persistente, al menos durante 6 meses.



Lectura rápida



Del pediatra se espera su sensibilidad para la detección, la derivación a los especialistas en psiquiatría y salud mental de la infancia y la adolescencia y el seguimiento del cuadro.

inicio precoz; posibilidad de delitos violentos; intimidaciones hacia otras personas; allanamiento de morada o de propiedades de otras personas; amenazas o forzamientos sexuales.

Se describen síntomas asociados que varían según la edad y la gravedad del trastorno. En los chicos varones es más frecuente en aquellos que han presentado durante los años escolares un temperamento problemático o gran actividad motora. No es extraño que durante los años escolares aparezca baja autoestima o su contrario, es decir, una exaltación de la autoestima cercana a características narcisistas. En ocasiones aparece labilidad emocional («lágrimas de cocodrilo»), baja tolerancia a la frustración, utilización de vocabulario soez y consumo precoz de sustancias de abuso. Los conflictos con figuras parentales, profesorado y compañeros suelen ser frecuentes. Se pueden establecer círculos viciosos comunicacionales en que, en estas circunstancias, las figuras de autoridad y los chicos ponen en juego sus peores recursos personales. El ODD es más prevalente en familias donde los cuidados del niño quedan perturbados por cambios sucesivos de cuidadores, es decir, las conductas y las figuras de apego han manifestado una gran inconsistencia; también aparece en familias con modelos educativos rígidos, duros, incoherentes, inconsistentes o negligentes¹². Aparecen trastornos del aprendizaje y de la comunicación de forma muy prevalente.

En los últimos años se pone en relación con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), pero no se debe confundir el ODD con el TDAH, son dos trastornos básica y clínicamente diferentes donde se usa con cierta profusión, escasamente científica, el término de comorbilidad, lo que comporta una gran confusión, sobre todo desde la perspectiva pronóstica y del seguimiento longitudinal; o lo que puede ser peor: confundir causa con efecto o efecto por causa.

Criterios de exclusión en el diagnóstico

No debemos olvidar que los sistemas de clasificación, DSM-IV-TR¹ y CIE-10², definen criterios de exclusión para limitar las categorías diagnósticas, por lo que además de revisar los criterios de inclusión deben evaluarse los de exclusión que se incluyen como diagnóstico diferencial.

No debe diagnosticarse ODD si cumple criterios para un trastorno disocial de la personalidad; esquizofrenia, episodio maníaco,

episodio depresivo, trastorno generalizado del desarrollo (TGD), TDAH.

Es decir, que se debe realizar el diagnóstico diferencial con: el trastorno disocial, si presenta este último entonces no se debe diagnosticar ODD.

En otras ocasiones aparece en trastornos del estado de ánimo (p. ej., la disforia en los trastornos depresivos) y en trastornos de la serie psicótica; en estos casos, no pueden ser separados los síntomas de forma parcelar o hablar de comorbilidad con el ODD, porque esos síntomas son propios de la estructura clínica de la psicosis o del cuadro depresivo.

Los comportamientos oposicionistas del ODD son nítidamente diferentes de la hiperactividad y de la impulsividad propios del TDAH, por lo que la semiología determinará estas características diferenciales.

En el caso de retraso mental o discapacidad intelectual no debe diagnosticarse ODD, pues la terquedad y perseverancia de los deficientes no son criterios de ODD.

Tampoco debe diagnosticarse ODD cuando la oposición comportamental sea el resultado de la dificultad de comprensión en los trastornos del lenguaje.

Los TGD muestran en ocasiones oposición a las normas, pero son fruto de su aislamiento y falta de comunicación, por lo que tampoco deben ser señalados como comórbidos con un ODD.

La última señalización se corresponde a comportamientos propios de etapas del desarrollo: preescolares (el sentido de la norma no está adquirido como tal, se encuentra en fase de adquisición y, por lo tanto, dependerá, en buena medida, del nivel de interacción con las figuras de apego) y en la adolescencia en quienes la oposición a la norma y su transgresión puede deberse al propio proceso de individuación de esa etapa.

Orientación terapéutica en caso de trastorno oposicionista desafiante

Una buena evaluación clínica^{4,5,8,13} es la mejor orientación terapéutica. Sin esa correcta evaluación clínica el diagnóstico puede ser errado y, por lo tanto, el tratamiento llegar a ser inadecuado y con escasa eficacia o, incluso, empeoramiento del cuadro y presentación descontrolada de los síntomas secundarios o colaterales del tratamiento diseñado, lo que influye en una menor confianza de la familia



y, como consecuencia, una disminución en la adherencia terapéutica.

Un ejemplo de lo dicho con anterioridad consiste en el posible diagnóstico de TDAH, sea de forma primaria o comórbida, en casos de ODD. En estos casos se suele prescribir metilfenidato (MFD) o atomoxetina (ATX). Nuestra experiencia empírica es que en estos casos al principio del tratamiento suele haber una eficacia relativa, posteriormente aparece un estancamiento de la evolución que se interpreta como insuficiencia en la dosis, por lo que se incrementa dicha dosis del fármaco y, al poco tiempo, aparecen efectos secundarios muy patentes (p. ej., disminución del apetito, alteraciones del sueño, cefaleas, malestar, irritabilidad creciente, alteraciones comportamentales y en algunos casos síntomas claramente pertenecientes a la serie psicótica). Simplemente porque en el ODD el tratamiento psicofarmacológico no debe basarse en el MFD ni en la ATX o, dicho de otra forma, ODD y TDAH son 2 cuadros diferentes y diferenciables clínicamente por medio de una buena y cuidadosa semiología.

Otra característica clave: el debate psicofarmacología frente a psicoterapia en el caso del ODD es más un debate académico y estéril que científico. La evidencia científica nos dice que la verdadera eficacia terapéutica se obtiene con los tratamientos integrados¹⁴, lo que supone una gran formación y experiencia clínica por parte de los profesionales. En los tratamientos integrados se sabe que la complementariedad se adquiere porque la farmacología es eficaz para los momentos álgidos y agudos, mientras que la psicoterapia es más eficaz para modificar actitudes y mantener lo obtenido y evitar las posibles recaídas, lo que podría incluso disminuir la dosis de mantenimiento de la farmacología.

El esquema de tratamiento para el pediatra en este tipo de trastornos sería:

1. Detectar los parámetros de la alteración comportamental y situarlos en un contexto (lugar, modalidad, secuencia de aparición, reacción parental, frecuencia, etc.). Cuando la alteración se constata¹⁵:

— Contener a las figuras parentales.

— Intentar darles normas precisas para abordar las dificultades (p. ej., no caer en las provocaciones, dejar de responder a las rabietas, reasegurar que es un chico querido, no agredir, serenidad, etc.).

— No aportar farmacología de entrada, hasta que sea remitido a un especialista de psiquiatría infanto-juvenil.

— Mantener esta actitud durante unas 4-6 semanas. No hay que olvidar que este trastorno no es caso de urgencias, por mucho que las figuras parentales se encuentren desbordadas, pues la evolución lleva tiempo.

2. Si lo anterior fracasa y los síntomas permanecen: remitir a un servicio de psiquiatría y salud mental de la infancia y la adolescencia, iniciarlo por el más cercano a la zona de vivienda de la familia. Los centros de salud mental infanto-juvenil de base comunitaria son los más indicados para abordar este tipo de trastornos, por la propia dinámica del diseño terapéutico que veremos a continuación.

3. Abordaje específico¹⁶. Como hemos expresado con anterioridad, el abordaje idóneo es el diseño de tratamiento integrado por personal especializado en abordar los trastornos mentales de infancia y adolescencia, lo que implica:

— El primer abordaje será psicoterapéutico, sobre todo en pacientes con menos de 6-8 años de edad, se diseña de la siguiente forma:

a) Orientación a las figuras parentales hacia la metodología de resolución de conflictos¹⁷. Evitar realizar un catálogo de conductas y su abordaje, las figuras parentales deben comprender el proceso. Insistir en que las «tres c»¹⁸ son fundamentales: coherencia (evitar contradicciones, reforzarse ambas figuras parentales, gesto- tono de voz y actitud adecuadas), consistencia (evitar cambios de opinión ante normas similares, el sí es sí y el no es no, tener autoridad sin ser autoritarios, ser firmes sin pasar a la rigidez, mostrarse flexibles sin llegar a la claudicación, etc.) y continuidad (evitar cambios bruscos de normas y orientaciones, continuidad en el tiempo de la coherencia y de la consistencia).

b) Reformular las conductas de apego y el proceso de interacción, evitando las sutiles descalificaciones y la sutil agresión verbal (p. ej., evitar comentarios despreciativos hacia los cambios acontecidos en el niño, por pequeños que sean).

c) Posible abordaje grupal de figuras parentales con técnicas operativas o de psicoeducación.

d) Sesiones individuales, cuando sea preciso.

— Psicofarmacología¹⁶. El tratamiento de elección son los neurolépticos de nueva generación en dosis pequeñas. El de primera elección es la risperidona (0,5-1 mg/día), si no es eficaz se prescribe aripiprazol en dosis muy bajas (0,5 mg/día) o bien quetiapina (25 mg/día). Si no tienen el efecto deseado, se puede sustituir o asociar con estabilizadores

Lectura rápida



El tratamiento es meramente sintomático, se recomienda un tratamiento integrado de psicofarmacología y psicoterapia (psicoeducación y trabajo para modificar formas de afrontamiento y de solución de conflictos).



Bibliografía recomendada

Ballesteros C, Pedreira JL, Alcázar JL, de los Santos I. Historia clínica en Psiquiatría Infanto-juvenil y glosario. En: Ballesteros C, editor. *Práctica clínica psiquiátrica: historia clínica y guías de práctica clínica*. Madrid: Adalia; 2009.

Hemos comentado que el diagnóstico del ODD es puramente clínico, por lo tanto la historia clínica de calidad es fundamental. Este texto consta de un modelo de historia clínica con un glosario adjunto que aclara el uso y expone las razones por las que cada ítem evaluado tiene un sentido a la hora de elaborar la historia clínica de los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia.

Green RW, Ablon JS. Frequent tantrums: oppositional behavior in young child. En: Galanter CA, Jensen PS, editores. *DSM-IV-TR casebook and the treatment guide for Child Mental Health*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2009. p. 348-63.

En esta publicación se exponen casos clínicos reales de la clínica psiquiátrica de la infancia y la adolescencia, a la luz de los criterios y objetivos marcados en el DSM-IV-TR. El esquema consiste en exposición del caso, debate clínico-diagnóstico y propuestas terapéuticas en 3 aspectos: farmacológico, psicoterapéutico y los tratamientos integrados. Esta cita consiste en exponer precisamente el trastorno ODD. Un capítulo sugerente para pensar del autor R.W. Green, uno de los más citados en dicho trastorno.

del ánimo tipo ácido valproico o bien oxcarbacepina, a las dosis habituales en la infancia y adolescencia.

— Orientación escolar. La intervención escolar tiende a prevenir las actitudes de rechazo por parte de la institución educativa, sea a nivel del profesorado, de los compañeros o de las familias de los compañeros. Evitar la iatrogenia y la estigmatización son 2 objetivos fundamentales. Estimular las actitudes positivas hacia el aprendizaje, resaltando los objetivos que vaya obteniendo, aunque parezcan pobres o escasos.

Conclusiones

El ODD es un trastorno precoz (incluso anterior a los 6 años) del comportamiento social de la infancia y la adolescencia.

Se caracteriza por conductas de enfrentamiento y oposición a las normas del contexto, que se acompañan de otras conductas de tipo cercano al comportamiento disocial.

Las actitudes familiares son muy relevantes, sobre todo las que están marcadas por la inconsistencia de los modelos educativos. Los factores psicosociales familiares no son muy diferentes al del conjunto de los trastornos mentales. No obstante, es preciso hacer una fina semiología, que incluya la violencia familiar o entre los cónyuges y la alteración del estado del ánimo, sobre todo en la figura materna.

El diagnóstico es meramente clínico, no existiendo prueba alguna que lo diagnostique. Se deben considerar los diagnósticos diferenciales posibles de acuerdo con los criterios de exclusión de los sistemas internacionales de clasificación de los trastornos mentales y a las características propias de la psicopatología del desarrollo.

El ODD es un cuadro totalmente diferente y diferenciable del TDAH, por lo que no se deben prescribir tratamientos como MFD o ATX.

El tratamiento integrado es el de elección, y se basa en el nivel comunitario de atención a los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia, de forma prioritaria, para poder abordar técnicas de solución de conflictos de forma alternativa.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

- Jacobs RF. Judicious use of antibiotics for common pediatric respiratory infections. *Pediatr Infect Dis J*. 2000;19:938-431. *APA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2002.
- OMS. CIE-10: **Trastornos mentales y del comportamiento**. Madrid: Meditor; 1994.
- Pine DS, Alegria M, Cook EH, Costello EJ, Dahl RE, Koretz D, et al. Avances en las ciencias del desarrollo. En: Kupfer DJ, First MB, Regier DA, editores. *Agenda de investigación para el DSM-V*. Barcelona: Masson; 2004. p. 84-122.
- Emde RN, Bingham RD, Harmon RJ. Classification and the diagnostic process in infancy. En CH Zeanah, editores. *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford; 1993. p. 225-35.
- Garber, J. Classification of Childhood psychopathology: A developmental perspective. *Child Dev*. 1984;55:30-48.
- Green RW, Ablon JS. **Frequent tantrums: oppositional behavior in young child**. En: Galanter CA, Jensen PS, editores. *DSM-IV-TR casebook and the treatment guide for Child Mental Health*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2009. p. 348-63.
- Rutter M, Sroufe RA. Developmental psychopathology: concepts and challenges. *Dev Psychopathol*. 2000;12:265-296.
- Shaffer D, Richters J, editores. *Assessment in child and adolescent psychopathology*. New York: Guilford; 2001.
- Rutter MA, Chao W, Conger RD. The effect of systematic variation in retrospective conduct disorder reports on antisocial personality disorder diagnoses. *J Consult Clin Psychol*. 2000;12:307-12.
- Green RW. **Explosive child: a new approach for understanding and parenting easily frustrated, chronically inflexible children**. New York: Harper-Collins; 2005.
- Rubin KH, Burgess KB, Dwyer KM, Hastings PD. Predicting preschoolers' externalizing behaviour from toddler temperament, conflict and maternal negativity. *Dev Psychol*. 2003;39:28-38.
- Cicchetti D, Sroufe LA. The past as prologue to the future: The times, they've been a-changin'. *Dev Psychopathol*. 2000;12:255-64.
- Ballesteros C, Pedreira JL, Alcázar JL, de los Santos I. **Historia clínica en psiquiatría Infanto-juvenil y glosario**. En: Ballesteros C, editor. *Práctica clínica psiquiátrica: Historia clínica y guías de práctica clínica*. Madrid: Adalia; 2009. p. 17-66.
- Pedreira JL, Tomás J. Las dificultades de la elección terapéutica en los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia. En: Pedreira JL, editor. *Psiquiatría Infantil: psicopatología y tratamiento*. Monografías de Psiquiatría. 1999;XI, 2 (marzo-abril):6-11.
- Pedreira JL. **Protocolos de salud mental infantil para atención primaria**. Madrid: ELA-ARAN; 1995.
- Greene RW, Ablon JS, Goring JC, et al. **Treatment of oppositional defiant disorder in children and adolescents**. En Barrett P, Ollendick TH, editores. *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment*. West Sussex: Wiley, 2003. p. 369-93.
- Greene RW, Ablon JS, Goring JC, Raczek-Blakely L, Markey J, Monuteaux MC, et al. Effectiveness of collaborative Problem solving in affectively dysregulated children with oppositional-defiant disorder: initial findings. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72:1157-64.
- Pedreira JL. **Introducción: agresión y comportamiento**. En: Pedreira JL, editor. *Los trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia*. Monografías de Psiquiatría, 2004;XVI, 1 (enero-marzo). p. 10-20.