

“Si alguien escuchara lo que no sé contar”.
Trastorno de conducta y agresividad en la
infancia: técnicas de intervención desde una
perspectiva constructivista

Jesús GARCIA MARTÍNEZ
M^a Carmen ORELLANA RAMÍREZ
Universidad de Sevilla

Resumen

Este artículo se centra en un análisis crítico del concepto de trastorno psicológico en la infancia, con una incidencia especial en los problemas de agresividad y los trastornos que incluyen este tipo de conductas como uno de sus descriptores, como es el caso del trastorno de conducta. En la primera parte se defiende que los problemas psicológicos deben ser conceptualizados siempre desde una perspectiva adaptativa y funcional y no desde un modelo de déficit. En la segunda parte se describen técnicas que permiten entender cómo los niños construyen su experiencia personal y cómo, desde ésta, desarrollan comportamientos agresivos. Por último se discute la necesidad de una aproximación multinivel (escuela, familia, persona, conducta, significado) como el formato adecuado para poner en marcha intervenciones destinadas a resolver los problemas de agresividad en la infancia.

Palabras clave: agresividad, trastorno de conducta, análisis funcional, entrevistas interactivas, significado, desarrollo moral, Psicología de los Constructos Personales, construcción social de los trastornos psicológicos, socialidad.

Abstract

This paper is centered in a critical analysis of the concept of childhood psychological disorders, with a special emphasis in aggressiveness problems and the disorder that

Dirección de los autores: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. c/ Camilo José Cela, s/n. 41018 Sevilla. *Correo electrónico:* jgm@us.es, mcorellana@us.es

Recibido: junio de 2011. *Aceptado:* septiembre 2011.

includes it as one of the major descriptive symptoms as conduct disorder. In the first part is defended that any psychological disorder always must be conceptualized from an adaptive and functional perspective, but not from a deficit model. In the second part, several different techniques which permit understanding how children construct their own experience are described and how they developed as functional an aggressive behavior from personal construction. In the last part, a multilevel approach including school, family, personal, behavioral and meaning issues is discussed as the better procedure to work with aggressive problems in childhood.

Key words: Aggressiveness, Conduct Disorder, Functional Analysis, Interactive Interviews, Meaning, Moral Development, Personal Construct Psychology, Social Construction of Disorders, Sociality.

*Mis amigos me dicen que soy muy agresivo,
pero me lo dicen a gritos.
Jaume Perich Escala, El Perich*

Un marco para el análisis: enfermedades, problemas, déficit y contextos¹

El Perich, con su proverbial sentido del humor, refleja muy claramente cuál es la configuración más usual de las conductas agresivas ¿Quién es la persona agresiva, él o los amigos que le gritan? ¿Qué pasaría si no le gritasen? ¿Ante un entorno menos agresivo, se tendría la necesidad de serlo también? Desde una perspectiva absolutamente popular (en el sentido de no científica), deja patente una de las grandes aportaciones de la psicología: las conductas humanas son el fruto de las interacciones entre personas y de éstas con sus contextos. Algo que es conveniente seguir teniendo en cuenta en la psicología científica.

En el campo de la psicología clínica, uno de los grandes ejes de trabajo ha sido el

establecimiento de criterios para diferenciar la conducta normal o adaptada de la patológica. Se han realizado grandes esfuerzos para elaborar taxonomías o clasificaciones diagnósticas. En la actualidad están en vigor dos de esas grandes clasificaciones, la auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Clasificación Internacional de Enfermedades que va por su décima revisión (OMS, 1999) y la elaborada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales² que hasta la fecha ha elaborado cuatro ediciones que han contando con diversas revisiones (APA, 2000) y que en breve publicará una quinta, en la que se incluyen un buen número de nuevas categorías diagnósticas (APA, 2010). Las clasificaciones de la APA son las que más se han utilizado en el mundo de la psiquiatría y la psicología clínica.

Los problemas relacionados con la psicopatología infantil empezaron a ser considerados en la segunda versión de la DSM (APA, 1968) y el número de categorías de-

1. Nota sobre el uso de los marcadores de género. Este artículo busca utilizar un lenguaje no sexista, dada la dificultad de utilizar en lenguas románicas indicadores neutros, se entienden como tales los marcadores masculinos o femeninos que puedan utilizarse.

2. En adelante, DSM; estas siglas inglesas son las que se utilizan usualmente en los textos en castellano para el Manual Diagnóstico y Estadístico, en lugar de las que realmente corresponderían (MDE).

dicadas a estos diagnósticos no ha hecho más que crecer desde entonces. Pero algo parecido puede decirse del resto de diagnósticos. Una primera interpretación de estos datos podría ser que los trastornos se conocen cada vez mejor y que el conocimiento psicopatológico se va perfeccionando, de manera que se depuran las imperfecciones y errores siguiendo una visión incrementalista de la ciencia.

Pero este incrementalismo está lejos de ser el dibujo de una ciencia precisa. Por un lado, no está claro qué es un trastorno mental. El propio editor de la DSM-IV, dice que este es “un manual *de trastornos mentales*, pero no está claro *qué* es un trastorno mental ni es posible desarrollar un conjunto de criterios definitorios que guíen decisiones relacionadas con la inclusión y exclusión de materiales en el manual. “*Aunque muchos... lo han intentado, nadie logró jamás establecer una lista de criterios infalibles para definir un trastorno mental*” (Frances, 1994, pág. 7, cursiva en el original). Por otro lado, la propia DSM invoca, en el caso de muchos diagnósticos, a tener en cuenta los contextos culturales del sujeto, lo que implica que éstos no pueden ser organizados en ausencia de un conocimiento referido al propio sujeto. Además, los límites entre diversos diagnósticos no están bien definidos (Spitzer y Williams, 1982). No deja de ser sorprendente que el número de trastornos siga aumentando cuando no es fácil delimitarlos. De hecho, algunos autores están planteando que los nuevos diagnósticos que probablemente incluirá la DSM-V no están definidos de forma rigurosa y que ofrecen una visión excesivamente patologizante del comportamiento humano (Frances, sin fecha).

En los últimos 15 años se han planteado algunas visiones críticas con la psicopatología basada en diagnósticos de naturaleza

médica categorial. Todas ellas siguen en mayor o menor medida criterios de construcción social de la noción de enfermedad. La primera fue la propuesta del ciclo de *enfermización progresiva* (Gergen, 1994), un proceso discursivo que describe cuatro fases que explican la creación social de un problema. El primer paso es asumir como explicación plausible para el problema la existencia de un trastorno deficitario y de una profesión que puede hacer frente al mismo (fase de traducción del déficit), lo que supone traducir o reinterpretar problemas cotidianos en un lenguaje técnico específico y plantea la alternativa de que alguien (el grupo de expertos) puede hacer lo que es conveniente hacer con el problema. La segunda fase (diseminación cultural) consiste en buscar categorizaciones, clasificaciones y nuevos riesgos ligados con los trastornos definidos previamente, creando así un estado de interés, alarma y precaución acerca del problema. En la tercera fase (construcción cultural de la enfermedad), las categorías especializadas previamente definidas son absorbidas por parte del conocimiento lego y se transforman en el medio preferente a través del cual se entiende el problema. Esta asunción de categorías hace que las personas que sufren el problema se entiendan a sí mismas a través de esas categorías y empiecen a buscar los recursos terapéuticos expertos definidos como adecuados para su problema de forma cada vez más frecuente. En la última fase (expansión del vocabulario), se produce una doble presión, tanto por parte de los expertos como de la población general, para aumentar la capacidad de la enfermedad, de forma que se buscan nuevos diagnósticos, nuevas categorías de enfermedad, nuevos tratamientos, que hacen que el sistema experto en cuestión sea cada vez de alcance más amplio y se vea más im-

prescindible. Desde este punto de vista, las aportaciones de la DSM estarían entrando en esta última fase.

Un enfoque similar es el de subjetivización progresiva de los problemas (Foucault, 1999; Harwood, 2009, para su aplicación a los trastornos de conducta). En este modelo, se asume que las concepciones subjetivas de las personas acerca de sí mismas son el resultado de la introyección de relaciones de poder a las que la persona se subordina. El poder se impone a través de una serie de elementos de control: los juegos de verdad, las relaciones de poder y las tecnologías del yo. Los juegos de verdad sirven para adoptar como criterio válido (científico) una determinada opción explicativa del problema, las relaciones de poder establecen cómo ese criterio se legitima socialmente como la forma adecuada de entender esos problemas y las tecnologías del yo suponen el proceso de autoaplicación de las relaciones de poder y juegos lingüísticos por parte de los propios interesados, asumiendo como propio el modelo social.

Otra concepción similar es la propuesta del *efecto Charcot* (Álvarez Pérez y García Montes, 2007; González Pardo y Álvarez Pérez, 2007). Se trata de un instrumento de análisis clínico basado en el encuentro intencional de una solución prediseñada al efecto, “el clínico encuentra lo que él mismo propaga (González Pardo y Álvarez Pérez, pág. 25, 2007). Sigue la misma lógica que las propuestas anteriores, sólo que en este caso se hace un gran énfasis en que la solución (habitualmente farmacológica) se genera antes que el problema social al que se aplica. Primero se dispone del fármaco y después se inicia un proceso intencional para difundir la adecuación del mismo para una serie de trastornos nuevos o como mejor alternativa para trastornos

ya conocidos. Se busca por tanto una solución específica a un problema específico, pero la relación entre ellos es unidireccional, de la solución al problema. Aparte de los criterios de tipo económico liberal subyacentes (el *efecto Charcot* genera en realidad un mercado, más que un recurso), supone también la defensa de una visión concreta de los trastornos mentales, basada en un criterio de déficit y, por extensión, en alguna clase de anomalía biológica o genética. Estos autores proponen la idea de construcción práctica o procedimientos de trabajo que dan a los problemas la forma adecuada para el tipo de intervención que se quiere hacer con ellos. Desde este punto de vista, cualquier enfoque clínico genera construcciones prácticas, pero en la actualidad la perspectiva basada en el déficit se está extendiendo en la psicología a través de la puesta en marcha de sus dos elementos básicos: la existencia de un tratamiento específico para un problema específico de la persona, ignorando los planteamientos habituales de la psicología de entender a la persona en su contexto psicológico (Álvarez Pérez y García Montes, 2007). Se asumiría así el modelo médico a través de su traslación a la psicología mediante la lógica de tratamientos empíricamente validados.

Una explicación similar, siguiendo una metáfora narrativa, es usada por Mancuso, Yelich y Sarbin (2002) para explicar la conceptualización del trastorno por déficit de atención como una categoría de naturaleza biológica con repercusiones en un procesamiento de información anómalo, a pesar de que las evidencias sobre la base biológica del trastorno son escasas (Hynd, Hern, Voeller y Marshall, 1991). Puesto que todas las narrativas son intencionales (Bruner, 1986), los participantes

en la creación de un modelo explicativo sobre un trastorno concreto van seleccionando informaciones a partir de un punto inicial, esa selección hace que toda la atención se centre en una serie de fenómenos (por ejemplo, la inatención en lugar de los contextos interactivos en la que esta se produce), lo que termina creando una explicación verosímil (pero parcial en el mejor de los casos) acerca de la naturaleza del fenómeno. Una vez aceptada esa versión como viable, se aplica a todos los casos en que se dan fenómenos parecidos, creando una historia rígida.

El elemento crítico de estas orientaciones no es tanto su propuesta de cómo se organiza la definición de un problema, puesto que estos procesos podrían ser aplicados a cualquier contenido, sino sus implicaciones pragmáticas acerca de la naturaleza de los trastornos. En la aproximación de Foucault, la persona pierde el dominio de sí misma y se ve sometida a un control externo que asume como propio; en el caso del *efecto Charcot*, la expansión de un modelo de déficit hace que la persona con un problema sea vista como alguien problemático y que requiere una ayuda concreta para corregirse o sobrellevar su situación, lo que hace que el control esté en el experto; para el modelo narrativo de creación del trastorno, la historia que se genera crea una concepción del sujeto como persona pasiva, débil, enferma, que necesita medicación y control. En todos los casos, incluida la propuesta de enfermización progresiva, son los otros los que terminan controlando al sujeto, sin considerar la situación y el contexto de éste, haciendo que se entienda como alguien con una enfermedad (un trastorno) en lugar de alguien que vive en una situación problemática que debe resolver. Por tanto, el modelo de resolución será

no el de proveer ayuda para la gestión o el crecimiento, sino el de aplicar una tecnología específica dominada por el experto que es la solución precisa para el problema concreto que se padece.

La tradición psicopatológica se ha basado en general en describir entidades clínico-semiológicas independientes que se considera que responden a una base biológica, es decir, que serían un hecho natural insoslayable. Este es la idea de partida de la psiquiatría de tipo biológico, cuya meta evidente sería la reconversión de toda psiquiátrica en neurofisiología patológica. La versión débil de esa visión es la que se defiende desde la psicología del déficit: la base de los trastornos reside en alguna clase de disfunción cognitiva, conductual o cognitivo-conductual que hace que las personas procesen peor la información o tengan menores capacidades de autocontrol, obviamente esa disfunción puede verse como la manifestación del trastorno biológico subyacente. Gran parte de la psicología clínica actual ha asumido este discurso de déficit que acepta el modelo médico de los trastornos psicológicos. Por tanto, se trataría de encontrar la intervención específica adecuada a cada déficit sea un fármaco o un tratamiento psicológico (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007).

Pero cabe otra alternativa, concebir el trastorno como parte de un contexto. De manera que el trastorno es un problema a resolver. Habitualmente, los mejores soluciones son las que se atienen a la naturaleza del problema, de forma que si se tratase de un problema psicológico, la solución debería ser psicológica, lo que implicará crecimiento personal (acercamiento humanista o existencial), llevar a cabo acciones diferentes (acercamiento conductual), cambiar el estilo relacional (enfoque sis-

témico), dar un sentido distinto al contexto en que se vive (modelo constructivista) o todo ello al mismo tiempo. Si se acude al diccionario, se puede ver con claridad las consecuencias de esta implicación. Un problema es un *conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la consecución de un fin o una cuestión que se trata de aclarar* (acepciones 4 y 1, Diccionario de la Real Academia Española, DRAE, 2001), mientras que una enfermedad es una *alteración más o menos grave de la salud* o una pasión dañosa o alteración en lo moral o espiritual (acepciones 1 y 2, RAE, 2001) y un trastorno se define como una *alteración leve de la salud* (acepción 2) y remite a la enajenación mental y ésta, a la locura (DRAE, 2001). Si los problemas son de naturaleza fundamentalmente adaptativa y funcional y pueden remitirse a cualquier ámbito, las enfermedades y trastornos son algo básicamente médico y sanitario. Pero más allá de esto, dado que las enfermedades y trastornos son un estado alterado, deben tener una causa, mientras que los problemas pueden tener simplemente una función. En cualquier caso el problema va orientado hacia la solución y en ese sentido es probabilístico o eficiente, un problema puede tener distintas soluciones que resuelvan la situación, el foco está situado en el cambio. El trastorno y la enfermedad tienen un interés primordial por la causa, operan según una regla lógica del *modus tollens*: si no hay presencia del síntoma o de la enfermedad es porque no existe la causa, el tratamiento no da una solución, sino que elimina (o palia) la causa. Un enfoque contextual de los trastornos psicológicos debe atender a la función de estos y proveer soluciones al problema que representan, lo que supone que la persona que presenta el problema debe ser también parte activa de la resolución.

El caso de los trastornos de conducta infanto-juveniles: la poética del destructor

Los trastornos infantiles no fueron recogidos en la DSM hasta su segunda edición, desde entonces han tenido un gran florecimiento. En la actualidad se indexan en torno a 35 (APA, 2000), mientras que en la segunda edición, eran 14 (APA, 1968, en ambos casos recogiendo los diversos diagnósticos relacionados con el retraso mental). En la última edición la categoría relacionada con trastornos de tipo externalizante, agresivo o antisocial se denomina trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador y encuadra al trastorno negativista desafiante, al trastorno disocial (o trastorno de conducta) y a diversas variantes del trastorno por déficit de atención (APA, 2000). El trastorno negativista se define por un patrón recurrente de desobediencia, desviación y conductas hostiles que deterioran las actividades cotidianas, mientras que el trastorno disocial se entiende como una violación sistemática y repetidas de los derechos de otros y de las normas sociales (Loeber, Burke, Lahey, Winters y Zera, 2000). No obstante, diferenciar entre ambos trastornos es difícil ya que los indicadores de ambos están relacionados entre sí y de hecho en la clasificación de la OMS el trastorno disocial es un solapamiento de los criterios que la APA utiliza para los dos tipos de trastornos (Angold y Costello, 2001). En una excelente revisión de la etiología de los trastornos de conducta Hill (2002) reconoce que los factores moduladores son tanto de naturaleza biológica (temperamento, genética, funcionamiento neurofisiológico, neurotransmisores) como ambiental (condiciones socioeconómicas, funcionamiento familiar, relaciones entre iguales, apego), lo

cierto es que, en general, se considera que son las variables de tipo biológico aquellas sobre las que interaccionan los elementos sociales, estableciendo así un modelo de diátesis o déficit. Pero lo cierto es que las evidencias sobre una anomalía de neurotransmisores no tienen una gran consistencia a lo largo de distintos estudios (Hebert y Martinez, 2000; Rhee y Waldman, 2002). Por otra parte, los estudios de base genética dan índices de heredabilidad entre 0.2 y 0.8, siendo los coeficientes más usuales los situados entre 0.4 y 0.7, es decir dentro de la media de la heredabilidad (Simonoff, 2001). Los estudios sobre la función ejecutiva han encontrado diferencias en el funcionamiento del lóbulo frontal entre adolescentes antisociales (Henry y Moffit, 1997) y no antisociales, pero todavía se desconoce como mucho de las interacciones entre el lóbulo frontal y otras áreas corticales, así como del papel que la motivación y otras variables ambientales juegan en la activación neurofisiológica. Dicho de otra forma, quizá la neuroimagen refleja más qué es lo que ocurre a nivel cerebral, cuando alguien lleva a cabo conductas antisociales, que por qué ocurre la conducta. Lo cierto es que casi toda la evidencia sobre los trastornos de conducta tiende a presentarse en términos de déficit y con un pronóstico de riesgo (Cadoret, Yates, Ed, Woodwoth y Stewart, 1995; Hill, 2002). Por ejemplo, casi todas las introducciones a trabajos sobre conducta antisocial refieren los riesgos de detectar trastornos

de conducta en la infancia en relación con una conducta delictiva o la presencia de un trastorno antisocial de la personalidad durante la edad adulta (Finch, Nelson y Hart, 2006; Harold, 2009), a pesar de que esto no ocurre en al menos el 50% de los casos (Dodge y Pettit, 2003). En general, estos resultados de carácter biológico se ligan con teorías basadas en una mayor reactividad autonómica de los chicos y chicas con trastornos de conducta y con problemas en los sistemas de inhibición conductual (Farrington, 1997; Quay, 1993).

Según esta orientación de la investigación, los trastornos de la conducta se explican según un modelo de construcción social del déficit: primero se define el problema de la agresividad y la falta de control como una característica del individuo y se vincula con características biológico-genéticas o con deficiencias cognitivas con correlatos fisiológicos; posteriormente se indaga en busca de nuevas deficiencias atribuibles a esos mismos déficit y, por fin, se plantean dificultades a largo plazo (delincuencia, fracaso escolar), que solo pueden ser evitadas con un tratamiento específico y dirigido desde fuera. En este sentido, los niños y niñas con un trastorno de conducta se ven abocados a considerarse enfermos o personas que no se conocen bien a sí mismas, dado que no pueden autorregularse. Se trata de un modelo que impone una poética³ del destructor, que prefigura la necesidad de hacer algo para evitar la aparición de un *monstruo* o de un *incapacitado*.

3. La poética es la disciplina que se encarga de estudiar el orden y estructura de la obra literaria o artística, es decir, la que desarrolla una teoría general sobre la misma (Greimas y Courtes, 1990). En este sentido la creación de un relato con un tema intencionado y predeterminado es una forma específica de poética. Por ejemplo, las películas de Hollywood en la que chico y chica vencen las dificultades para estar juntos y al final lo consiguen, establecen una poética del romance amoroso pasional, las convecciones liberales sobre la economía crean una poética del mercado o las asunciones del maoísmo acerca de la necesidad de erradicar todo tipo de diferencia social generan una poética del igualitarismo.

Una poética de las posibilidades: atender al sujeto y a su contexto

No obstante, hay grandes evidencias de los problemas de agresividad pueden ser entendidos de otra forma. Los resultados de la investigación indican que la conducta delincuente adulta está más relacionada con variables ambientales o con la interacción entre lo ambiental y lo genético que con lo puramente biológico (Bohman, 1996). Las pautas educacionales tienen una influencia directa en la aparición de las conductas agresivas en hijos e hijas (Ruter, Giller y Hagel, 1998). Además, las estrategias de crianza parental tienen un papel mediador en el efecto que tiene la pobreza y otras condiciones sociales negativas en el incremento de las conductas agresivas (Maughan, 2001). Igualmente, es preciso reconocer el papel que los procesos de aprendizaje, refuerzo e imitación tienen en la génesis de las conductas agresivas (Bandura y Walters, 1963, Boivin y Vitaro, 1995).

Otros estudios que siguen la lógica contextual se han centrado en la tendencia de los sujetos agresivos a interpretar como hostiles las interacciones de los demás (Dodge, 1993; Viney, Henry y Campbell, 2001; Orellana Ramírez y García Martínez, 2010). La interpretación usual de este resultado es que se trata de un fenómeno aprendido a fuerza de interrelaciones en las que la hostilidad predomina (Dodge, 1993).

La estructura cognitiva de los niños y adolescentes agresivos está caracterizada por una tendencia a la inmediatez y la acción (Viney, Henry y Campbell, 2001). Esta tendencia a la impulsividad y la agresividad se interpreta como el resultado de pautas interactivas con mayores o cuidadores e iguales que no le han proporcionado pautas adecuadas para gestionar las discrepancias

entre su activación, su anticipación de la conducta de otros y los resultados alcanzados (Yelich y Salomone, 1994), de manera que terminan viéndose como personas inútiles que no merece la pena que se esfuercen a menos que no sea a través de una acción inmediata.

Dado que el núcleo del problema radica en las interpretaciones (o conductas) contextualizadas, las formas de solución deberán dirigirse a proporcionar nuevas alternativas que difieran de las formas habituales de desempeño. Para ello es necesario proporcionar nuevas experiencias discrepantes que, perteneciendo también a la propia experiencia del sujeto, puedan contribuir a cambiar su perspectiva. Por tanto, se debe dirigir la reelaboración a potenciar y desarrollar conductas e interpretaciones alternativas pero ya presentes en el sujeto (White, 2007), así como a utilizar una zona de desarrollo próximo en la interacción con otros que le permitan matizar y reorganizar las anticipaciones que hacen sobre la hostilidad de los otros, lo que implica introducir a los otros en el diseño de trabajo (Viney, Henry y Campbell, 2001). Esto implica ofrecer nuevas oportunidades para un cambio en las perspectivas de socialidad, es decir, en la capacidad de reinterpretar la conducta del otro gracias a nuevas interacciones con éste (Kelly, 1955). Esto implica que la intervención tiene necesariamente un componente de desarrollo moral, de creación de una mayor y mejor perspectiva del otro (García Martínez, 2008), pero esto no debe ser entendido necesariamente, o al menos no sólo, en términos de un déficit previo del desarrollo moral (Gibbs, 2010), sino como el hecho de que toda indagación sobre la propia problemática genera un tipo de desarrollo personal que tiene implicaciones éticas, motivacionales y cognitivas en

cuanto a la regulación de la propia conducta (Villegas, 1993).

Es necesario atender también a las conductas y ciclos de experiencia que se ponen en marcha para intentar mantener el sistema sin cambios, estable, lo que Kelly (1955) denominaba ciclos de hostilidad. Un cambio siempre supone una amenaza y si la persona no dispone de recursos de recambio o para gestionar las discrepancias, tenderá a preferir seguir en la misma situación, aunque la misma no le sea totalmente confortante.

La ventaja de las propuestas de intervención contextuales, no reside en que sean un modelo que defina mejor la naturaleza de los problemas. Su ventaja reside en su pragmática, bien estén basadas en el análisis funcional de conducta (Skinner, 1938; Kerr y Nelson, 1998), bien lo estén en una lógica de constructos personales (Cummins, 1995; Viney, Henry y Campbell, 2001), o basadas en otros modelos, promueven una visión activa de la persona, dibujan a alguien que puede cambiar en tanto que varíe su modo de interaccionar con su entorno y además, la hacen partícipe del cambio, ya que su funcionamiento debe ser entendido en los términos de su propia acción.

Obviamente, eso implica que es más difícil (incluso imposible) desarrollar un tratamiento específico, puesto que la especificidad depende del entorno y no tanto del diagnóstico o del déficit. Por supuesto, este tipo de intervenciones basadas en una orientación de procesos no deben renunciar a la investigación empírica, pero esta debe realizarse bajo supuestos que no necesariamente han de ser compatibles con la lógica del modelo médico de déficit (Rodríguez Morejón, 2004).

Recursos para una poética de las posibilidades desde una perspectiva constructivista

Dado que el trastorno psicológico es visto desde la perspectiva que se defiende en este artículo más como un proceso que como una enfermedad, las pautas de intervención que se exponen son genéricas, es decir, constituyen un modo de explorar las relaciones de la persona con su entorno relacional y de significados. En este sentido, no son técnicas exclusivas para la intervención con el trastorno de conducta, pero sí técnicas muy útiles para dicho tipo de intervención. Al igual que en el análisis funcional de conducta, si bien las reglas o principios de cambios son generales, la intervención es individualizada, ya que los contenidos son idiosincrásicos.

Quizá el principal problema en todo trastorno psicológico es dar voz a la persona que lo sufre, crear una capacidad agente, lo que ahora se suele denominar *empoderamiento*⁴. En los casos de trastorno de conducta (como con otros problemas psicológicos), las tecnologías del yo que terminan aplicándose contribuyen a hacer que las personas se autodefinan en términos que le son ajenos, consideran que son impulsivos o tienen un déficit de control y, por tanto, lo que ellos son debe ser definido por un experto externo que es quien finalmente determina su naturaleza psicológica (Harwood, 2006). En definitiva, no están habituados a explorar su propia experiencia. La auto-exploración se transforma en una herramienta esencial. Hay distintas formas de crear este sentido de auto-conocimiento, las más usuales en el caso de la infancia y la adoles-

4. La RAE admite *empoderar* como forma en desuso de *apoderar*, una de cuyas acepciones es poner algo en poder de alguien. De manera que sería más correcto hablar de *apoderamiento*.

cencia son las entrevistas interactivas y el empleo de dibujos (Moran, 2001; Ravenette, 2003). Las entrevistas interactivas tienen tres fases: (a) indagar la concepción que los chicos tienen del problema, así como la perspectiva que tiene de cómo otros lo entienden (su perspectiva y la perspectiva que tienen del punto de vista de sus padres, por ejemplo); (b) el modo en que dan sentido a sí mismos y a sus circunstancias, lo que sus puntos de vista implican, el modo en que se sienten y comportan, etc.; (c) la creación de puntos de vista alternativos que, aunque procedentes de sus propias perspectivas, le sean útiles para afrontar sus problemas. Estas alternativas deben ser propuestas como posibilidades y no como prescripciones. Se trata de intervenciones que se pueden realizar con chicos que presentan problemas disruptivos (comportamiento perturbador en clase, conductas impulsivas, problemas con la hostilidad).

Estos tipos de sondeo informativo tienen un doble propósito, la búsqueda de información y el incremento del nivel de autoconciencia de su propia visión del mundo. Es necesario, igualmente, entrevistar de una forma respetuosa y cauta. Por un lado, hay que informar explícitamente de los propósitos de la evaluación, no hacerlo así pone en guardia a adolescentes y niños ante posibles intentos de control o supervisión o puede desmotivarles ante la tarea, al no entender su propósito. Ravenette (1999) plantea que es mejor empezar estas entrevistas dando énfasis al papel de informante del chico, con sugerencias del tipo “*si quieres participar en la entrevista, esto nos permitirá saber a ambos alguna cosa sobre ti en la que no hayas pensado anteriormente*”. El formato de las preguntas se orienta al proceso, es mejor preguntar más por cómo se deducen u ocurren las cosas (*¿cómo llegas-*

te a darte cuenta de eso; esto parece importante para ti, ¿me puedes explicar cómo llego a serlo?) que preguntar directamente *por qué*, que tiene más connotaciones de respuesta fija, académica y es una formulación que puede resultar más amenazante. Esta clase de preguntas también permiten la reflexión del propio terapeuta, lo que facilita la co-construcción de hipótesis clínicas que vinculen los distintos constructos de forma significativa para el chico con quien se trabaja, eso sí, preguntando siempre si está de acuerdo con la conclusión y, en caso de negativo, debe indicar en qué se ha equivocado el terapeuta.

Cada vez que se indague por un aspecto es conveniente solicitar hasta tres respuestas distintas, lo que aleja al chico o la chica de la percepción de que hay una única respuesta exacta, como suele ocurrir en los exámenes y aumenta la perspectiva de amplitud y variabilidad de la exploración. En definitiva, las vías de clarificación y autoexploración se basan en: (1) cuando algo se afirma, también se niega algo al mismo tiempo y el sentido lo da esta disparidad (por ejemplo, no será lo mismo que un joven comente que no le importa lo que dicen sus profesores, pero sí lo que dicen sus mejores amigos, a que comente que no le importa lo que dicen sus profesores pero sí las caras que estos le ponen. En el primer caso, se averigua algo acerca de las fuentes de validación social, en el segundo se aprende sobre el tipo de información que se considera relevante. El significado lo da el contraste entre los polos del constructo, no el polo en sí mismo (Kelly, 1955); (2) hay que sondear las implicaciones, derivaciones y consecuencias del empleo de esas dicotomías o constructos; (3) el contexto en el que se emplean o tienen sentido, ya que no todo se emplea en todos los ambientes posibles;

(4) las experiencias que han hecho que se adopten esos puntos de vista; (5) la importancia que esas construcciones tienen para la niña o el adolescente de que se trate, las actitudes que tienen hacia ellas; y (6) Asumir que todo tiene aspectos buenos y malos, útiles e inútiles, bajo distintas circunstancias y, por tanto, explorar también esas implicaciones, tener un comportamiento agresivo puede producir una buena imagen en el barrio, pero puede ser un obstáculo para ser entendido por los demás; una conducta colaboradora puede ser adecuado en el colegio, pero en exceso puede dar pie a que se aprovechen de uno, etc.

Estas entrevistas interactivas son especialmente útiles en contextos en los que es poco probable que haya otras oportunidades para la intervención, como los de tipo educativo en los que se cuenta con poco tiempo disponible (incompatibilidad entre la intervención durante las tutorías y el horario escolar, falta de motivación) y la implicación es extremadamente transitoria y se parte de la queja de algún adulto (padres, profesorado) no siempre compartida por el chico. Esta técnica maximiza tanto la relevancia de la evaluación (centrada en la perspectiva del sujeto) como el fomento de una posible intervención posterior, ya que puede motivar al chico para continuar la autoexploración.

Otros procedimientos semejantes de incremento del autoconocimiento y las implicaciones del mismo son las técnicas basadas en dibujos. Destacan dos. Por un lado, realizar un dibujo y su contrario. Se trata de una forma muy general de construir constructos dicotómicos. Se le entrega al chico o chica una hoja de tamaño folio apaisado en la que en el centro hay una línea de unos 10 cm cuyo tramo final presenta un ángulo de 45° descendente y se le pide que haga un

dibujo completo en el que tiene que integrar esa línea (debe dibujar una escena, no solo un objeto). Una vez finalizado este dibujo se le pide que dibuje lo contrario (Ravenette, 1999, 2003). Es una técnica adecuada para trabajar con experiencias que son difíciles de verbalizar. Los dos dibujos constituyen los dos polos de la construcción de dicha experiencia y una vez se contrastan es posible desarrollar sus implicaciones. La segunda técnica es el dibujo del yo ideal (Moran, 2001), un procedimiento en el que el chico o la chica pueden describir sus habilidades y dificultades para trabajar posteriormente con ellas. Se trata de utilizar tres hojas DIN A4, en una se dibuja una persona ficticia que represente alguien que desagrada profundamente y para esa persona se buscan características personales, objetos que lleva consigo al colegio, el modo en que se relaciona con su familia, lo que se le regalaría el día de su cumpleaños, las cosas que teme, los hechos que le han hecho ser de esa forma y lo que le ocurrirá en el futuro (se piden siempre tres respuestas para cada uno de estos aspectos). El niño dibuja las respuestas y el terapeuta escribe las respuestas verbales al lado de cada dibujo. Posteriormente se hace la misma tarea en la otra parte de la hoja pero para detallar las características de alguien ficticio que sea muy agradable para el chico. Por último, en la zona central se dibuja una línea en la que el chico va incluyendo su propia experiencia, indicando la clase de persona que le gusta ser y la que no le gusta (distintos momentos de su vida, diferentes contextos en los que se mueve, proyecciones hacia el futuro, etc.).

La información conseguida a través de estos procedimientos es compartida con padres o profesores a los que se proponen tres grandes líneas de trabajo con el niño: (a) reconstruir la percepción del menor a la luz

de los nuevos datos, conceptualizando desde una nueva perspectiva; (b) llevar a cabo un nuevo tipo de interacción con él a modo de prescripción conductual o tarea de interacción; (c) reorganizar el propio sistema de construcción del adulto a partir de los significados y cambios aportados por el niño (Ravenette, 2003).

El trabajo destinado al control de la ira sigue una lógica parecida, se trata de estudiar la construcción de la situación de rabia y sus implicaciones. En la psicología de la construcción personal se hace mucho énfasis en comprender los contextos que generan cambios en la persona y en entender que tipo de cambios prevé la persona. Por tanto, son muchísimas las combinaciones posibles que pueden precipitar conductas agresivas. Winter (2003) ha distinguido hasta ocho de esas combinaciones. En los casos de agresividad infantil suelen estar ligadas a la amenaza y a la hostilidad. Una amenaza se concibe como el riesgo de un cambio drástico en la forma en que son vistos el mundo o el yo; la hostilidad se concibe como la percepción de que se debe seguir intentando un curso de conducta que se sabe que no es útil, pero no se dispone de otro mejor (Kelly, 1955; Garcia Martínez, 2008). En general, los niños y adolescentes tienen una peor capacidad de anticipación que los adultos porque disponen de menos constructos elaborados que les permitan afrontar situaciones nuevas y, entonces, tienden más a permanecer en modalidades conductuales y cognitivas primitivas (es decir, que han utilizado con anterioridad). El curso habitual de los cambios en estos casos es que perciben una amenaza, la amenaza produce ira y la ira lleva a la hostilidad (Moran, 2005). Las estrategias de elaboración del control de la ira siguen cursos parecidos a los empleados en las estrategias de resolución de

problemas (proponer alternativas, analizar su viabilidad, llevarlas a cabo y mejorarlas, en su caso), pero destinados a reorientar el sentido de amenaza hacia una gestión más útil de la situación. En general, todas las personas tendentes a la agresión tienden a verse a sí mismos como víctimas o personas bajo ataque, es decir, bajo amenaza (Orellana Ramírez y Garcia Martínez, 2010). En primer lugar, se detectan y analizan los constructos que utilizan para entender la situación, posteriormente se estudian las implicaciones concretas (conductuales y acerca de la naturaleza de los otros y de sí mismos) a las que les llevan dichos constructos y se intenta encontrar otras formulaciones posibles dentro de su sistema de construcción. Entre estas se buscan las que tengan las siguientes características: (a) analizar puntos de vista compartidos con otros, por ejemplo, situándose a sí mismo en la posición de otro u a otro en la propia posición o estudiando el modo en que se juzga a otros desde posiciones anticipadas; (b) estudiando las implicaciones de los propios supuestos en distintas situaciones, lo que genera una mayor complejidad del sistema y un mayor abanico de alternativas; (c) analizando directamente la posición del otro a través de juegos o experiencias propias en las que haya evidencia en que no se ha acertado en entender al otro, de modo que aumente la capacidad de elaborar las implicaciones de comportamientos ajenos. Estos tres pasos están destinados a incrementar respectivamente, la comunalidad, la complejidad y la socialidad del sistema de construcción. Estas tres variables son las responsables de la posibilidad de entender al otro (a mayor comunalidad, más semejante se es al otro; cuanto más complejo se es, más puntos de vista alternativos se pueden considerar; con mayor socialidad, más fácil es interpretar de

una manera ajustada lo que el otro quiere de nosotros) y, por tanto, de disminuir la amenaza que se experimenta en situaciones interpersonales.

Un formato de grupo en el que se ponen en marcha estos mismos principios es el grupo de transacción interpersonal. Se trata de una técnica que ha sido validada para su uso con adolescentes con conductas agresivas (Metclife, Winter y Viney, 2007) y ha sido usada tanto en trabajos de prevención como en tratamiento (Viney, Henry y Campbell, 2001; Viney y Henry, 2002; Garcia Martínez, Domínguez Urquiza, Guerrero Gómez, Morales Hidalgo, Picó Jiménez y Núñez Remesal, 2004). El programa está formado por entre 10 y 15 sesiones semanales de 90 minutos en las que mediante técnicas de elicitación y trabajo con constructos personales se analizan problemas relacionados con conductas violentas (u otra conducta objetivo) y habilidades de relación. Cada grupo está compuesto por entre 6-10 participantes y dos terapeutas. En cada sesión se abordan uno o dos temas que están promovidos por consignas abiertas y dicotómicas del tipo *¿quién es la persona que mejor/peor me comprende?, ¿a quién ayudo y a quién no?, ¿qué hago cuando estoy dominado por la ira, que hago cuando estoy en calma?* Progresivamente los miembros del grupo van tomando el control del mismo y hacia el final son ellos quienes proponen las actividades y temáticas de las sesiones (Neimeyer, 1988). El formato de trabajo grupal tiene dos fases, en la primera todos los participantes comentan el tema de la sesión en conversaciones por parejas. Cada posible pareja comparte su experiencia personal durante un par de minutos. En la segunda el conjunto del grupo trabaja las temáticas de la sesión a partir

de la información obtenida durante la fase de trabajo por parejas. Al principio de la sesión y al final de cada una de las fases se registra con un formato abierto las emociones, sentimientos y pensamientos de los participantes. El análisis de estos registros indica que a medida que el grupo avanza, los participantes ganan en autoconciencia y en reconocimiento de su estado emocional (Garcia Martínez, Guerrero Gómez, Domínguez Urquiza, Morales Hidalgo y Picó Jiménez, 2005). El trabajo en grupo facilita progresivamente la adquisición de comunalidad (cada miembro comparte ciertos significados con otros, incluso con la totalidad del grupo), la complejidad (el trabajo grupal aporta nuevas perspectivas que permiten desarrollar o reorientar los recursos de cada miembro) y la socialidad (mejora la capacidad de anticipar la conducta del otro y entenderla en los términos de este, no en base a anticipaciones propias).

Otra posible intervención de carácter constructivista destinada a aumentar la capacidad agente del menor es la creación de una trama narrativa. Las preocupaciones de padres, profesorado y del propio menor suele estar focalizado en las dificultades, pero es posible reorientarlo buscando excepciones en la propia historia, momentos en que el problema no ha estado presente o ha sido controlado (White, 2007). El chico debe organizar su experiencia vital de manera que sienta que la experiencia que está narrando es suya y que merece la pena. Para ello, debe revisar su experiencia y reorganizarla buscando las evidencias (los recuerdos, los eventos) que le permitan escribir un nuevo argumento de vida. Para ello se organiza una búsqueda de excepciones que se entrelazan entre sí (Garcia Martínez, en prensa; White, 2007). Se em-

pieza por una excepción y se une con otra, y con otra y con otra más. En ese ir y venir se hacen preguntas relacionadas con lo que pasó, lo que se sintió y lo que se pensó en cada una de esas excepciones.

Se trata de llevar a cabo una conversación tan natural como se puede, si bien organizada en torno a preguntas acerca de la vida del chico o chica. Debe ser una manifestación de interés genuino por su experiencia, lo que implica que, como en toda conversación natural, se debe celebrar lo necesario y lamentar lo que sea preciso. Ante las respuestas se plantean nuevas preguntas para conocer cada vez más profundamente a la persona. Se finalizan las sesiones de modo positivo, señalando los avances y los nuevos significados elaborados. No se trata de apabullar, sino de hacer preguntas que siendo *respetuosas* y *pertinentes* sirvan para llevar al cliente a sus límites de interpretación, forzándole a buscar nuevos significados que le den mayor sentido de capacidad agente. En definitiva, se busca hacer que la persona entre en su zona de crecimiento potencial y mejore su autoconocimiento. Pueden ser preguntas de este tipo: *¿Puedes indicarme algún momento en que el hayas logrado no dejarte llevar por tu rabia? ¿Cuándo estás enfadado y te domina la rabia, qué clase de chico notas que eres y qué clase de chico eres cuando no estás rabioso?, Dices que no eres capaz de entenderte a ti mismo ¿de dónde has sacado esa idea?*

En la conversación, a veces se enlaza el panorama interno (lo que se ha pensado o sentido) con el externo (lo que se ha hecho) para una misma excepción, o se liga el interno de una con el de otra, o se intentan vincular dos. Estos enlaces se hacen a través del tiempo o de las situaciones. Las preguntas vinculadas a los aspectos externos se refieren a los hechos, las circunstancias, las

secuencias, el tiempo y la trama de sucesos. Las ligadas a los aspectos internos abarcan las intenciones, los valores, el autoentendimiento, los aprendizajes y los significados. También se hacen preguntas vinculadas a la metaexperiencia, que tienen que ver con lo que la persona cree que otros pensarán o valorarán sobre las circunstancias o sobre ella misma.

Las preguntas se hacen siempre de un modo subjuntivo (*crees, consideras, si, quizás, podrías, tal vez...*) ya que se trata de promover la perspectiva personal. Además el sondeo se centra en la intencionalidad, lo que la persona pretende lograr, las razones de su actuación, lo que valora o prefiere. La incorporación de todos estos aspectos al relato contradice (en un primer momento) y después invalidan el sentido de falta de control de la vida que subyacía a la narrativa saturada por el problema. A medida que se van realizando estas conversaciones, el niño va adquiriendo cada vez más capacidad en buscar un nuevo sentido a su vida, y creando una narrativa más rica

Por último, es necesario mencionar un tercer acercamiento al trabajo con menores disruptivos dentro de la familia constructivista. Se trata de la concepción del cambio como desarrollo evolutivo (Villegas, 2003). Es un procedimiento que puede aplicarse en caso de que se disponga de tiempo suficiente y disponibilidad de varias sesiones. Supone maximizar el encuentro dialógico con el cliente de un modo operativo, centrándonos en el análisis del discurso que se da en el contexto de la terapia. La hipótesis de partida de este modelo es que atender a la estructura lógica del discurso del cliente permite observar el entramado epistemológico con el que éste lo construye y esto permite observar los niveles evolutivos del individuo. La dirección inversa de este enunciado es

igualmente válida: desde unos niveles evolutivos inmaduros o desorganizados por las diferentes demandas del exterior, los sistemas epistemológicos que lo conforman entrarán en crisis más fácilmente en el sujeto, lo que quedará inexorablemente reflejado en su discurso. El discurso es un objeto de estudio tan observable y científico como el comportamiento del individuo y de hecho es una expresión más, junto con la conducta, del mundo de significados del individuo. La propuesta de niveles evolutivos se hace en términos de desarrollo moral, teniendo en cuenta las aportaciones de Piaget (1971) y Kegan (1982). El desarrollo moral involucra tanto a la cognición como a la conducta social. Todo sujeto se desarrolla a lo largo de cinco estadios morales: la prenomía (0-2 años), la anomía (ausencia de normas, 2-6 años), la heteronomía (norma dado por el otro, 7-12 años), la socionomía (norma dada por el colectivo o la regla, adolescencia), la autonomía (norma dada por el propio individuo, edad adulta).

Este modelo tiene la capacidad integradora de re-definir y hacer operativo un conocimiento esencial para todo profesional de la psicología que trabaje con población infanto-juvenil: aporta una explicación del funcionamiento humano y de la patología psicológica (ya que considera que la persona adulta mantiene todos los niveles de funcionamiento cognitivo-morales alcanzados, no ha suprimido ninguno de ellos, pero los coordina en función de las demandas de la situación) y ofrece un sistema operativo para guiar la intervención. Desde esta perspectiva, la niña o el joven que llega a consulta o para el que solicitan ayuda sus cuidadores/as, puede mostrar una detención o un retraimiento de su nivel evolutivo en alguna de estas dimensiones o sencillamente una dificultad en integrar algunas de sus nece-

sidades evolutivas a la luz de las demandas de su contexto y sus intentos de resolverlo han sido infructuosos. Es decir, las crisis epistemológicas que están en la base de estas dificultades (para explicarse, adaptarse o anticiparse al pasado, presente y futuro respectivamente, lo que genera malestar) son absolutamente propias del desarrollo evolutivo normal, para las que funcionan como motor de cambio necesario. Sin embargo, se convierten en motivo de consulta cuando tales crisis son suficientemente graves o frecuentes como para que el sujeto (o sus cuidadores) busquen activamente ayuda.

El papel del terapeuta será facilitar en todo caso el discurso del cliente, como un medio para expandir su sistema epistemológico, su mundo simbólico. Y para ello la entrevista evolutiva sirve como instrumento de evaluación de los distintos niveles en que se estructura un problema. Tiene dos objetivos: a) obtener la información necesaria para determinar la naturaleza del problema en términos evolutivos, para lo que se atiende al nivel expresivo del discurso y se usan estrategias discursivas empáticas; b) expandir el sistema de construcción como base para encontrar soluciones y superarse en sus propios términos. Para ello, se atiende a la estructura macroproposicional del discurso, especialmente comparando los discursos inter-sesiones y se usan estrategias constructivas para guiar el proceso de mejora y cambio.

Los temas a tratar en la entrevista evolutiva no pueden ser descritos a priori, dado que como toda conversación, tanto emisor como receptor deciden sus preguntas y sus respuestas. Sin embargo el terapeuta debe contar con un guión claro de qué podría resultar más pertinente preguntar (para la emergencia de significados importantes relacionados con el problema) y cómo reali-

zarlo, adaptado a las necesidades de las dos tareas mencionadas anteriormente. Las estrategias de la entrevista evolutiva son de tipo expresivo, bien equilibratorio (asentimiento, tanteo, expansión, reducción) o desequilibratorio (exploración, escalamiento o jerarquía, divergencia), o de tipo constructivo (deconstrucción, reconstrucción, confrontación o co-construcción).

En las primeras sesiones, el interés fundamental será conseguir empatizar con el cliente, así como que éste despliegue su narrativa para poder detectar en sus niveles expresivos cuál es su nivel evolutivo y la naturaleza de su problema. Para ello se usan estrategias de equilibración que persiguen el mantenimiento del sistema epistemológico, tales como asentir, tantear con preguntas, pedirle mayor desarrollo de su discurso o por el contrario que concrete más. Pero también se intenta desde el principio desarrollar el sistema epistemológico del adolescente o del niño, llevándolo a niveles evolutivos más avanzados con contenidos coherentes con su mundo aunque más sofisticados evolutivamente. Por ello, se usan las estrategias de desequilibración que promueven cierto nivel de cambio: explorar alusiones implícitas no desarrolladas explícitamente, saltar bruscamente de un nivel expresivo a otro (dependiendo de los niveles que interese activar y el nivel de estancamiento del discurso del cliente) e introducir hipótesis alternativa o redefiniciones no contempladas por el niño o el adolescente.

Más allá de la interacción comunicativa inmediata, se va revelando la estructura profunda del discurso del cliente, fruto de su sistema epistemológico, así como las vías para su expansión y/o renovación. Para ello se llevará al adolescente a la saturación de su narrativa promoviendo la identificación de los límites y contradicciones de su

discurso, se promoverá la consideración de alternativas y se estudiarán las implicaciones más profundas (y a veces dolorosas) de sus propios conflictos y dilemas. En definitiva, se tratará de cambiar la perspectiva del problema de una posición de anomía o heteronomía (es decir, desde una posición más centrada en sus perspectivas) a una posición sionómica o autónoma (centrada en las reglas y en la consideración del otro como sujeto relevante).

Resumen y conclusiones

En este artículo se ha presentado una crítica al modelo de déficit de base médica como forma de explicación de los trastornos psicológicos y especialmente de los trastornos de conducta infantojuveniles. Si se adopta este modelo, el niño con problemas deviene una persona que no se conoce y que debe ser guiada por otros. La propuesta de intervención se basa en considerar los problemas psicológicos como fenómenos de naturaleza relacional o contextual y se indican algunas estrategias de intervención destinadas a promover un mejor autoconocimiento del niño y que usan los recursos de que este ya dispone o que puede desarrollar a partir de los disponibles. Todas las estrategias indicadas son de base constructivista y narrativa, pero ello no implica que aproximaciones sistémicas o conductuales puedan conseguir los mismos objetivos. Desde una perspectiva constructivista, la intervención debe centrarse en comprender el modo en que el chico construye su mundo (las relaciones, su identidad) y a partir de ahí se deben desarrollar alternativas de conducta que ya estén esbozadas en su sistema y que sean coherentes o compatibles con sus concepciones anteriores. Estas alternativas deben ser más complejas, más compartidas, más

socializadas (en el sentido de que comprenda mejor las razones del comportamiento de los demás) y deben proporcionarle un mayor sentido de la autoría, alejándole así de los formatos de déficit y falta de auto-comprensión propios de las concepciones medicalizadas del malestar psicológico. En definitiva, es necesario reconstruir el comportamiento...pero no a gritos.

Referencias

- Álvarez Pérez, M. y García Montes, J. A. (2007). The Charcot Effect: The invention of mental illnesses. *Journal of Constructivist Psychology*, 20, 309-336.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-II*. APA: Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-Text Revised*. APA: Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2010). *DSM-V. The future of psychiatric diagnosis*. Url: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx> (descarga 18-12-2010).
- Angold, A. y Costello, E.J. (2001). The epidemiology of disorders of conduct: Nosological issues and comorbidity. En J. Hill y B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (págs. 126-168). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura, A. y Walters, R. (1963). *Social Learning and Personality Development*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston (Edición en castellano: *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*, Madrid, Alianza, 1982).
- Bohman, M. (1996). Predisposition to criminality: Swedish adoption studies in retrospect. En G. R. Bock y J. A. Goode (Eds.), *Genetics of Criminal and Antisocial Behavior* (págs. 99-114). Chichester: Wiley.
- Boivin, N. y Vitaro, F. (1995). The impact of peer relationships on aggression in childhood: Inhibition through coercion or promotion through peer support. En J. McCord (Ed.), *Coercion and punishment in long-term perspectives* (págs. 183-197). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge: Harvard University Press (Edición en castellano: *Realidad mental y mundos posibles*, Barcelona, Gedisa, 1988).
- Cadoret, R.J., Yates, W.R., Ed, T., Woodworth, G. y Stewart, M.A. (1995). Genetic-Environmental Interaction in the Genesis of Aggressivity and Conduct Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52, 916-924.
- Cummins, P. (Ed.) (2005). *Working with anger. A constructivist approach*. Chichester: Wiley.
- Dodge, K.A. y Pettit, G.S.A. (2003). Biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 39, 349-371.
- Dodge, K.A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. En L.W. Porter y M.R. Rosenweig (Eds.), *Annual Review of Psychology*, 44 (págs. 559-584). Palo Alto: Annual Reviews.
- Farrington, D.P. (1997). The relationship between low resting heart rate and violence. En A. Rainer, P.A. Brennan, D.P. Farrington y F.A. Medneck (Eds.), *Bio-social bases of violence* (págs. 89-105). Nueva York: Plenum Press.

- Finch, A.J., Nelson, W.M. y Hart, K.J. (2006). Conduct disorder: Description, Prevalence, and Etiology. En W.M. Nelson, A.J. Finch, A. J. y K.J. Hart (2006). *Conduct disorders: A practitioner's guide to comparative treatments* (págs. 1-14). Nueva York: Springer.
- Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós.
- Frances, A.J. (1994). Foreword. En J.Z. Sadler, O.P. Wiggins y M.A. Schwartz (Eds.), *Philosophical perspectives on psychiatric classification* (págs. 7-10). Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Frances, A. (documento sin fecha). *Abriendo la caja de pandora: las 19 peores sugerencias del DSM-V*. Disponible en <http://www.sepypna.com/documentos/criticas-al-dsm-v/> (descarga 18-12-2010).
- García Martínez, J. (2008). La conciencia del otro: agresores y víctimas desde una perspectiva constructivista. *Apuntes de Psicología*, 26, 361-378.
- García Martínez, J. (en prensa). *Técnicas narrativas en psicoterapia: cómo cambiar contando historias*. Madrid: Síntesis.
- García Martínez, J., Domínguez Urquiza, J. M., Guerrero Gómez, R., Morales Hidalgo, F, Picó Jiménez, A. y Núñez Remesal, A.M. (2004). Personalidad y riesgo de presentar conducta antisocial: Efectos de un programa preventivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 134, 905-933.
- García Martínez, J., Guerrero Gómez, R., Domínguez Urquiza, J.M., Morales Hidalgo, F. y Picó Jiménez, A. (2005). In session changes during a preventive program of antisocial behavior. 5th *International Congress on Cognitive Psychotherapy and 9th World Congress on Constructivism*. Gotemburg (Sweden): International Association for Cognitive Psychotherapy (June).
- Gergen, K.J. (1994). *Realities and relationships: Soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University Press (Edición en castellano, *Realidades y relaciones*. Barcelona: Paidós, 1996).
- Gibbs, J.C. (2010). *Moral development and reality. Beyond the theories of Kohlberg and Hoffman (2nd Ed.)*. Nueva York: Pearson, Allyn & Bacon.
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza.
- Greimas, A.J. y Courtes, J. (1990). *Semiótica. Diccionario razonado de la teoría del lenguaje*. Madrid: Gredos.
- Harold, C. (Ed.) (2009). *Professional Guide to Diseases (9th Ed.)*. Ambler: Lippincott Williams & Wilkins.
- Harwood, V. (2006). *Diagnosing "disorderly" children*. Londres: Routledge (Edición en castellano: *El diagnóstico de los niños y adolescentes problemáticos*. Madrid: Morata, 2009).
- Henry, B. y Moffitt, T.E. (1997). Neuropsychological and neuroimaging studies of juvenile delinquency and adult criminal behaviour. En D. Stoff, J. Breiling y J.D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (págs. 280-288). Nueva York: Wiley.
- Herbert, J., y Martínez, M. (2001). Neural mechanisms underlying aggressive behaviour. En J. Hill y B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hill, J. (2002). Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 43, 133-164.

- Hynd, G.W., Hern, K.L., Voeller, K.K. y Marshall, R.M. (1991). Neurobiological basis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *School Psychology Review*, 20, 174-186.
- Kegan, R. (1982). *The evolving self*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. Nueva York: Norton.
- Kerr, M.M. y Nelson, C.M. (1998). *Strategies for managing behavior problems in the classroom* (3rd Ed.). Nueva York: MacMillan.
- Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B.B., Winters, A. y 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, 1468-1484.
- Mancuso, J.A., Yelich, G.A. y Sarbin, T.R. (2002). The poetic construction of AD/AD: A diagnostic fable. En R.A. Neimeyer y G.J. Neimeyer (Eds.), *Advances in Personal Constructs Psychology. New directions and perspectives* (págs. 259-294). Westport: Praeger.
- Maughan, B. (2001). Conduct disorder in context. En J. Hill y B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (págs.169-201). Cambridge: Cambridge University Press.
- Metcalf, C., Winter, D. y Viney, L.L. (2007). The effectiveness of personal construct psychotherapy in clinical practice: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17, 431-442.
- Moran, H. (2001). Who do you think you are? Drawing the ideal self: a technique to explore a child's sense of self. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6, 1359-1045.
- Moran, H. (2005). Working with anger children. En P. Cummins (Ed.), *Working with anger: A constructivist approach* (págs. 83-98). Chichester: Wiley.
- Neimeyer, R.A. (1988). Clinical guidelines for conducting interpersonal transactions groups. *International Journal of Personal Constructs Psychology*, 1, 181-190.
- Orellana Ramírez, M.C. y Garcia Martínez, J. (2010). Teoría fundamentada sobre el significado de los roles del acoso escolar para sus protagonistas. En José J. Gázquez Linares y M.C. Pérez Fuentes (Eds.), *Investigación en convivencia escolar. Variables relacionadas* (págs. 183-190). Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Organización Mundial de la Salud (1999). *Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades*. OMS: Ginebra.
- Pérez Álvarez, M. y García Montés, J. M. (2007). The Charcot effect: *The invention of mental illnesses*. *Journal of Constructivist Psychology*, 20, 309-366.
- Piaget, J. (1971). *The construction of reality in the child*. Nueva York: Columbia University Press.
- Quay, H.C. (1993). The psychobiology of under-socialised aggressive conduct disorder: A theoretical perspective. *Development and Psychopathology*, 5, 165-180.
- Ravenette, T. (1999). *Personal construct theory in educational psychology: a practitioner's view*. Londres: Whurr (Edición en castellano: *El constructivismo en la psicología educativa*, Bilbao: DDB, 2002).
- Ravenette, T. (2003). Constructive intervention when children are presented as problems. En F. Fransella (Ed.), *International handbook of personal constructs psychology* (págs. 283-294). Chichester: Wiley.

- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española 22ª edición*. Versión electrónica. <http://buscon.rae.es/draeI/Descargas> 18/12/2010.
- Rhee, S. H y Waldman, I. D. (2002). Genetic and environmental influences on antisocial behavior: A meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Bulletin*, 128, 490-529.
- Rodríguez Morejón, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 87, 45-55.
- Rutter, M., Giller, H. y Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by Young people*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Simonoff, E. (2001). Genetic influences on conduct disorder. En J. Hill y B. Maughan (Eds.), *Conduct disorder in childhood and adolescence* (págs. 202-234). Cambridge: Cambridge University Press.
- Skinner, B.F. (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. Nueva York: Appleton-Century-Croft (Edición en castellano: *La conducta de los organismos*. Barcelona: Fontanella, 1975).
- Spitzer, R. y Williams, J.B.W. (1982). The definition and diagnosis of mental disorder. En W. Grove (Ed.), *Deviance and mental illness* (págs. 15-31). Londres: Sage.
- Villegas, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14-15, 39-87.
- Viney, L.L. y Henry, R.M. (2002). Evaluating personal construct and psychodynamic group work with adolescent offenders and non-offenders. En R.A. Neimeyer y G.J. Neimeyer (Eds), *Advances in personal construct psychology: New directions and perspectives*. (págs. 259-294). Westport: Praeger.
- Viney, L.L., Henry, R.M. y Campbell, J. (2001). The impact of group work on offender adolescents. *Journal of Counseling and Development*, 79, 373-381.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Nueva York: Norton.
- Winter, D.A. (2003). A credulous approach to violence and homicide. En J. Horley (Ed.), *Personal Construct Perspectives on Forensic Psychology* (págs.15-54). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Yelich, G. y Salamone, F.J. (1994). Constructivist interpretation of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Constructivist Psychology*, 7, 191-212.