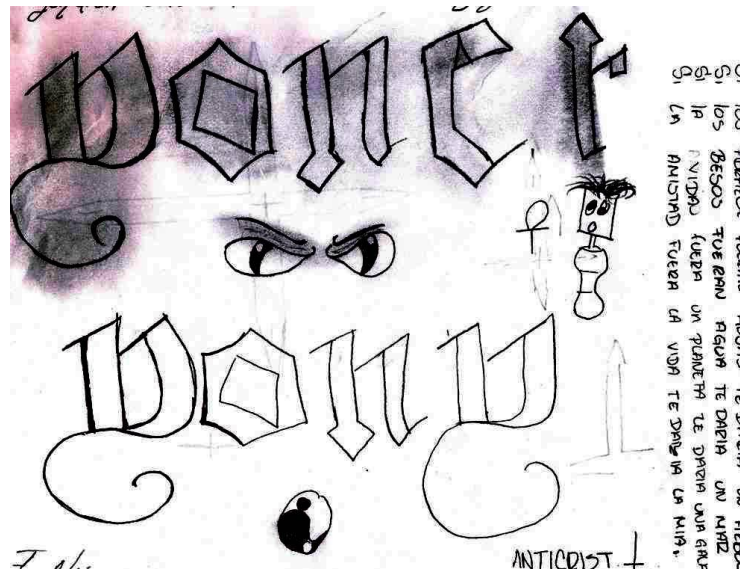


GUÍA CLÍNICA

Para el Diagnóstico y Manejo de los Trastornos de Conducta



ÍNDICE

Introducción	3
Definición	3
Epidemiología	5
Anatomía Patológica	7
Fisiopatología	8
Etiología	9
Cuadro Clínico	10
Clasificación	12
Historia Natural de la Enfermedad	13
Diagnóstico	15
Diagnóstico Diferencial	17
Comorbilidad	18
Manejo Integral	20
Pronóstico	33
Niveles de atención en Salud Mental	
Infantil y de la Adolescencia	34
Bibliografía	36

AUTORES

Ana Luisa Martínez Ortiz

Medica Especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Maestra en Terapia Sexual.
Hospital Psiquiátrico Infantil
"Dr. Juan N. Navarro"

Camilo Enrique Fernández Aguirre

Medico especialista en Medicina de Rehabilitación
Maestro en Sistemas de Salud.
Hospital Psiquiátrico Infantil
"Dr. Juan N. Navarro"

Rolando Lemus Rodas

Médico Especialista en Psiquiatría y
Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.
Servicios de Salud mental de Guatemala C.A.

Marco Antonio Mendoza

Médico Especialista en Psiquiatría y
Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.
Hospital Psiquiátrico Infantil
"Dr. Juan N. Navarro"

Lizeth Ramírez García

Médico Especialista en Psiquiatría y
Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.
Centro Interdisciplinario en Salud Mental
Secretaría de Salud

SECRETARÍA DE SALUD, MÉXICO

INTRODUCCIÓN

En la presente Guía se presentan recomendaciones generales dirigidas al especialista en psiquiatría infantil y de la adolescencia, organizadas como lineamientos prácticos para el diagnóstico y el manejo de pacientes con trastornos de conducta.

Estos lineamientos preparan al psiquiatra infantil y de la adolescencia para iniciar la evaluación diagnóstica, lo guían en la toma de decisiones para el manejo adecuado de las variantes de los trastornos de conducta, las repercusiones sociales, familiares y escolares. La Guía debe manejarse con flexibilidad, por lo que no exige el rigor de las normas médicas.

La evidencia se seleccionó con base en los consensos publicados, en las revisiones sistemáticas pertinentes Medline, medscape, Cochrane, Health Sciences, Imbiomed de la literatura de investigación reciente.

DEFINICIÓN^{1,2}

Los trastornos de conducta en general constituyen un constructo categorial que aglomera una serie de síntomas referidos a patrones conductuales o estilos de comportamientos considerados "anormales" o "disfuncionales" por parte de un individuo. Pero ¿Cuál es el contenido de éstos comportamientos?, ¿qué tipo de individuo es quien los sufre?, ¿en base a qué criterios se definen como "anormales"?.³

El trastorno del comportamiento, como parte de los trastornos de la conducta, se diagnostica en la niñez y que se caracteriza por conductas antisociales que violan los derechos de los demás y las normas y reglas sociales apropiadas para la edad. Algunos ejemplos podrían incluir la falta de responsabilidad, la conducta transgresora (ausentarse de la escuela sin permiso o escaparse), la violación de los derechos de los demás como robar o la agresión física hacia los demás como golpes o violación. Estas conductas son a menudo concomitantes; no obstante, también es posible que se presente sólo una o varias de ellas en forma aislada.

La categoría diagnóstica de trastorno del comportamiento perturbador en la infancia y en la adolescencia hace referencia a un patrón de conducta persistente,

repetitivo e inadecuado para la edad del menor, que se caracteriza por el incumplimiento de las normas sociales básicas de convivencia y por la oposición a los requerimientos de las figuras de autoridad, generando como consecuencia un deterioro en las relaciones familiares y/o sociales.

La tabla 1 presenta la clasificación de los trastornos de conducta comparando la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima revisión y el manual estadístico de los trastornos mentales cuarta edición en su revisión TR.

Tabla 1. Clasificación de los trastornos de conducta

CIE-10	DSM-IV-TR	Definiciones
F91	Trastornos de la conducta	Se caracterizan por un patrón repetitivo y persistente de conducta asocial, agresiva o desafiante.
F91.0	Trastorno disocial limitado al contexto familiar	Implica un comportamiento asocial y agresivo, que se halla limitado al hogar y a las interacciones con los miembros de la familia.
F91.1	Trastorno disocial en niños no socializados	Combinación de comportamientos asociales o agresivos, con deterioro generalizado y significativo de las relaciones del paciente con los demás niños.
F91.2	Trastorno disocial en niños socializados	Comportamiento asocial y agresivo persistente en personas bien integradas al grupo de sus pares
F91.3	Trastorno opositor desafiante	Ocurre habitualmente en niños pequeños, se caracteriza por un comportamiento desafiante, desobediente y perjudicial, que no incluye acciones delictivas ni formas extremas de comportamiento agresivo o asocial.
F91.8	Otros trastornos disociales, especificados	Incluye aquellos no especificados anteriormente.
F91.9	Trastorno disocial, no especificado	Cualquier trastorno disocial no especificado anteriormente.
F92	Trastornos mixtos disociales y de las emociones	Combinación de comportamiento agresivo, asocial o desafiante persistente, con síntomas de depresión, ansiedad y otros desórdenes emocionales.
F92.0	Trastorno disocial depresivo	Combinación de un trastorno de la conducta, con una depresión marcada y persistente del humor.
F92.8	Otros trastornos mixtos disociales y de las emociones, especificados	Combinación de un trastorno de la conducta, con síntomas emocionales marcados y persistentes como ansiedad, obsesiones o compulsiones, despersonalización, desvinculación de la realidad, fobias o hipocondriasis.
F92.9	Trastorno mixto disocial y de las emociones, no especificado	Cualquier combinación de los anteriores sin especificar.

Martínez Ana-Luisa y Fernández Camilo. Diseñado para ésta guía

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIF

En la CIF, el funcionamiento del individuo con trastornos de conducta se entiende como una relación compleja en interacción entre la condición de salud y los factores contextuales, determinando la condición de discapacidad como un proceso interactivo y evolutivo. A continuación se mencionan los principales códigos de clasificación en base a los signos y síntomas que con mayor frecuencia se presentan en éste tipo de trastornos.⁴

Tabla 2. Códigos más frecuentes de CIF en trastornos de conducta

B (Body)	Funciones corporales. Alteración en las funciones mentales b. 147 Funciones psicomotoras b. 160 Funciones del pensamiento b. 189 Funciones mentales específicas, otras especificadas y no especificadas
S (Structures)	Estructuras corporales s. 110 Estructuras del cerebro
D (Domains)	Actividades y participación. Califica desempeño/ realización y capacidades. d.179 Aplicación del conocimiento, otra especificada y no especificada d. 298 Tareas y demandas generales especificadas y otras no especificadas d.369. Alteración en las habilidades de comunicación, conversación y utilización de técnicas o dispositivos especificados y otros no especificados d.598. Dificultades en el autocuidado, especificado d.640. Vida doméstica, quehaceres de la casa d 7203 interacciones de acuerdo a las reglas sociales d7402.3 Relaciones entre iguales d.798. Interacciones y relaciones interpersonales especificadas inadecuadas d 810 Educación no reglada d.850 Participación en todos los aspectos de un trabajo remunerado d920. Vida personal y social. Participar en juegos, actividades recreativas o de ocio d.998 Participar en la vida comunitaria social y cívica especificada
E (Environment)	Factores ambientales. e. 310.3 Familiares cercanos e. 465 Problemas con las normas y actitudes sociales e. 1101 Medicamentos. Integración al tratamiento farmacológico.

Martínez Ana-Luisa y Fernández Camilo. Diseñado para ésta guía.

EPIDEMIOLOGÍA

Trastorno disocial

La prevalencia del trastorno disocial parece haberse incrementado durante las últimas décadas, pudiendo ser más elevada en los núcleos urbanos que en las zonas rurales. Las tasas varían ampliamente en función de la naturaleza de la población estudiada y los métodos de análisis. Los estudios de población general, muestran unas tasas que oscilan entre menos del 1 y más del 10%. Las tasas de

prevalencia son mayores en hombres que en mujeres; se estima que entre un 6 y un 16% de los chicos y un 2 a 9% de las chicas menores de 18 años sufren este trastorno. La distribución de género, varía desde 4 a 1 hasta 12 a 1 con predominio en los varones.

Los estimados de prevalencia varían entre 1 y 10% de la población, dependiendo de la ciudad que se estudie, el país, el período de tiempo que se considere. La violencia juvenil depende también de condiciones sociales como la pobreza extrema, la desintegración de la familia, los núcleos uniparentales, los sectores socioeconómicos más bajos de las ciudades, la falta de trabajo y lo que Currie denomina la brutalización, que prevalece en condiciones de deprivación social extrema, familias numerosas y miembro de pandilla dentro del núcleo familiar.⁵

El trastorno disocial es uno de los más frecuentemente diagnosticados en los centros de salud mental para niños, tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización.

Trastorno negativista desafiante

La conducta negativista desafiante puede ser evolutivamente normal durante la primera infancia. Los estudios epidemiológicos de rasgos negativistas en poblaciones no clínicas, los detectaron en un 16 a 22% de los niños en edad escolar. Aunque el trastorno negativista desafiante puede aparecer desde los 3 años de edad, se suele iniciar hacia los 8 años de edad y normalmente, no después de la adolescencia.

Se han hallado tasas de trastorno negativista desafiante situadas entre el 2 y el 16%, en función de la naturaleza de la población estudiada y de los métodos de evaluación. El trastorno es más prevalente en hombres que en mujeres antes de la pubertad, pero probablemente las tasas se igualan más tarde. Se ha sugerido que las niñas suelen recibir el diagnóstico de trastorno negativista desafiante, mientras que los niños suelen ser diagnosticados con trastorno disocial.⁶

Se han realizado estudios de prevalencia sobre la presencia de trastornos de conducta entre los adolescentes que han cometido un delito y están en programas o instituciones de reforma. Es decir, niños y adolescentes delincuentes. Aunque se

observa un amplio rango de alteraciones psiquiátricas, acompañando a los síntomas físicos, existe un incremento en el trastorno oposicionista y desafiante en niños preescolares.⁷

En este sentido podemos decir que el trastorno negativista y desafiante sería el diagnóstico más frecuente. El trastorno disocial nos lo encontraríamos en el 2-95% entre los delincuentes de sexo masculino. Por tanto, existe una gran variabilidad dependiendo de donde y cómo han sido extraídas las muestras de estudio.⁸

La siguiente tabla nos muestra la frecuencia de presentación de los trastornos de ansiedad los últimos cinco años en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.⁹

Tabla 3. Frecuencia de Trastornos de Conducta

Trastorno	Frecuencia	Porcentaje
F91.2	65	0.34%
F91.3	589	2.99
F41.9	61	0.31

Martínez Ana-Luisa y Fernández Camilo. Diseñado para ésta guía

ANATOMÍA PATOLÓGICA

La agresividad es una de las secuelas más comunes que siguen a las lesiones cerebrales traumáticas. Los síndromes agresivos observados más a menudo después de que ha ocurrido una lesión cerebral son el descontrol episódico y la desinhibición del lóbulo frontal. El síndrome de descontrol episódico es un patrón de arrebatos violentos que se dan sin que medie una provocación aparente del entorno. El daño frontal ha sido asociado con la agresión, especialmente el daño orbito frontal está asociado con la agresividad impulsiva. El daño en la amígdala se manifiesta con deterioro en la interpretación de claves sociales, cómo la expresión facial y la conexión entre la amígdala y las regiones prefrontales ayudan a suprimir las emociones negativas. Se considera que alteraciones en la amígdala se asocian con disfunción en la interpretación de las reglas sociales.

En comparación, la desinhibición del lóbulo frontal refleja la imposibilidad de una parte del cerebro de inhibir la furia y la agresividad. Millar señala que las lesiones cerebrales más características comprenden daño en los lóbulos frontales, que son

los encargados de las funciones ejecutivas de planeación y de la inhibición del comportamiento impulsivo.¹⁰

La lesión cerebral postnatal también se postula relacionada con consecuencias antisociales en especial la agresividad y la violencia física. Las alteraciones psiquiátricas caracterizadas por conductas desinhibidas y antisociales se han relacionado a deficiencias producto a lesiones del lóbulo frontal caracterizadas por alteraciones en el funcionamiento cognitivo, incluyendo los procesos de planeación, organización, formación de conceptos, razonamiento abstracto, flexibilidad cognitiva, auto monitoreo, programación y control motores.¹¹

FISIOPATOLOGÍA

Se ha relacionado niveles bajos del ácido indolacético (metabolito de la serotonina) en el líquido cerebroespinal en niños con actual y futura agresividad. La serotonina sanguínea es alta en chicos con inicio de trastorno de conducta disocial y agresividad en la adolescencia. En hombres, más no en mujeres, la serotonina sanguínea ha sido relacionada con violencia a lo largo de la vida. En general se puede concluir que las alteraciones en el funcionamiento o regulación de la serotonina se han asociado a conductas agresivas.¹²

Los andrógenos como causas o consecuencias de la conducta no operan aislados de otras acciones hormonales. Aunque la testosterona es la hormona que más se vincula con la conducta agresiva, las hormonas del estrés secretadas en respuesta a la exposición a circunstancias tensas influyen en la secreción de hormonas sexuales tanto en animales como en seres humanos.

Concentraciones elevadas de cortisol en primates se relacionan a concentraciones bajas de testosterona. En adolescentes humanos, la conducta antisocial se vincula a un perfil de concentraciones bajas de esteroides gonadales y elevadas de andrógenos suprarrenales. Entonces, la conexión entre estrés, cortisol y testosterona ha llevado a plantear la hipótesis de que el cortisol media el vínculo entre testosterona y agresividad.

Por otra parte, los niveles bajos de cortisol se han relacionados con trastornos oposicionistas desafiantes. Baja reactividad del sistema nervioso autónomo ha

sido asociada a trastornos de conducta disocial y trastorno oposicionista desafiante, así como la baja conductancia de la piel.¹³

ETIOLOGÍA

Se plantea una etiología multifactorial, entre los condicionantes que se mencionan están los congénitos como las hereditarias y prenatales, así como los perinatales las cuales generan deficiencias neurofisiológicas en el sistema nervioso del lactante. Estas se manifiestan como dificultades en el temperamento, deficiencias cognitivas y retrasos motores.

El tabaquismo materno durante la etapa prenatal ha sido también asociado a trastorno de conducta disocial, así como el abuso de sustancias en los padres se asocia con conductas disruptivas en los niños. Las complicaciones en el embarazo y parto han sido asociadas con el desarrollo de problemas de conducta de los niños. El bajo peso al nacer puede estar asociado a TDAH y a trastorno oposicionista desafiante, y la prematuridad se asocia con un retraso en el desarrollo motor e intelectual.^{14,15}

Otro factor de riesgo posnatal con consecuencias antisociales es la toxicidad mineral. Se ha descubierto que los niveles tóxicos de plomo y otros metales pesados como el cadmio y el manganeso se asocian con lesiones cerebrales y disfunciones neurológicas.¹⁶

Los traumatismos posnatales incluyen las lesiones cerebrales, la desnutrición, el maltrato y la exposición a toxinas.¹⁷

Los estudiosos del desarrollo describen los procesos de reacción de una madre ante complicaciones perinatales, cuando se combinan con otras tensiones, podrían conducir a un consentimiento excesivo del hijo y a una falta de disciplina, lo que a su vez haría que el menor adoptara estrategias de comportamiento coactivas para hacer frente a su entorno.¹⁸

Existen condiciones psicosociales que se sustentan como etiológicas en la génesis de los trastornos de conducta como es el caso de los niños adoptados. En este tipo de individuos es frecuente encontrar síntomas de ansiedad, trastornos de conducta y depresión comparados con la población general, sólo el 14% de los

niños adoptados se reportan asintomáticos. El 46% de los niños adoptados presentan síntomas externalizados típicos de los trastornos de conducta. En la mayoría estos consisten en peleas entre familiares biológicos o adoptivos, particularmente robo de comida y ser generalmente tramposos y destructivos. La legislación muestra la importancia de la familia extendida en la crianza de los niños y establece que debería ser la primera opción a sugerir por los profesionales en casos de negligencia o deserción.¹⁹

CUADRO CLÍNICO

Los trastornos de conducta en general constituyen un constructo categorial que aglomera una serie de síntomas referidos a patrones conductuales o estilos de comportamientos considerados "anormales" o "disfuncionales" por parte de un individuo. Pero ¿Cuál es el contenido de éstos comportamientos?, ¿qué tipo de individuo es quien los sufre?, ¿en base a qué criterios se definen como "anormales"?.²⁰

Tipos de comportamientos

El tipo de conducta que expresan generalmente estos trastornos son aquellas denominadas **conductas disruptivas**, y reciben tal nombre debido a que su presencia implica la interrupción o desajuste en el desarrollo evolutivo del niño imposibilitándolo para crear y mantener relaciones sociales saludables, tanto con adultos como con los miembros de su cohorte. El mundo social del niño, o bien se ve muy reducido debido al quiebre de los contactos sociales y por lo tanto deja de ser un ambiente nutricional para la personalidad del niño, o bien recibe de él señales negativas acerca de su persona que minan su autoestima.

Otro tipo de conductas habitualmente presentes en los niños y jóvenes que sufren este tipo de trastornos son las denominadas **conductas de carácter negativo o negativistas** y que se relacionan a un tipo especial de comportamiento que desafía los mandatos de los padres o bien de otras personas mayores a quienes tendría que deberle respeto. (ej: profesores, tíos, abuelos, etc.) El niño se

comporta de manera insumisa y obstinada efectuando acciones que buscan desafiar a las figuras de autoridad.

Los tipos de comportamientos que se presentan en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, pueden ser operacionalizados en cuatro categorías o agrupaciones:²¹

1. Comportamientos agresivos:

- Inicio de peleas
- Portar armas
- Actos crueles contra personas
- Actos crueles contra animales
- Robo con violencia
- Violaciones
- Raras veces homicidio

2. Comportamientos no agresivos con daño a la propiedad privada (no hay daño a personas)

- Ocasionar incendios
- Romper vidrios
- Dañar automóviles
- Actividades vandálicas en la escuela
- Daño a la propiedad pública y privada en general

3. Fraudes o robos.

- Mentiras
- Timos
- Falsificaciones
- Romper compromisos y promesas para sacar provecho
- Hurto
- Robos a tiendas

4. Violaciones a las normas

- Pintas (huídas de clases)
- Fugas

- Ausentismo laboral (en mayores)
- Erotización inapropiada para la edad de desarrollo

La presencia de un trastorno disocial implica un daño a la actividad normal del sujeto, esto se relaciona a lo que el DSM-IV-TR especifica como un deterioro clínicamente significativo en las actividades (escolares, sociales, laborales) del sujeto, situación que se convierte en el principal factor de reproducción de las conductas perturbadas de los sujetos. El mundo se va volviendo progresivamente hostil y el niño que padece un trastorno disocial va captando esas señales y las va incorporando. El ser "malo" se construye socialmente y por lo general responde a una forma en que el sujeto busca defenderse de ese afuera que no lo considera o lo condena.

Los síntomas del trastorno de conducta oposicionista y desafiante pueden incluir los siguientes:²²

- Rabietsas frecuentes
- Discusiones excesivas con los adultos
- Negativa a acceder a las solicitudes de los adultos
- Cuestionamiento constante de las reglas; negativa a obedecerlas
- Conducta dirigida a molestar o enojar a los demás, incluidos los adultos
- Intentos de culpar a otras personas por su mala conducta o errores
- Facilidad para enojarse con otros
- Actitud de enojo frecuente
- Vocabulario desagradable o poco amable
- Actitud vengativa

CLASIFICACIÓN

Características según edad de presentación.

El trastorno de conducta precoz (antes de los 10 años) es persistente y suele darse con mayor frecuencia en contextos familiares problemáticos. Puede presentarse de manera solitaria o en grupo.²³

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Los problemas de conducta en preescolares, son fuertes factores de riesgo de trastornos de conducta disocial en la pre adolescencia y problemas de agresividad a los 8 años son predictores de delincuencia en la adolescencia. Es más común encontrar problemas de conducta en los chicos que en las chicas. Los trastornos de conducta pueden acompañarse de otros problemas psiquiátricos como trastornos afectivos o de ansiedad, trastornos somatomorfos, por consumo de sustancias y psicosis. También los inicios tempranos de trastornos de conducta están asociados a mal funcionamiento social, altas tasas de divorcio, problemas laborales y relaciones interpersonales insatisfactorias.²⁴

Se ha hipotetizado que medioambientes de cuidado subóptimos llevan a respuestas de estrés anormales y en consecuencia a trastornos infantiles de conducta. A su vez, una intervención que favorezca experiencias sociales tempranas adecuadas en niños que se encuentran en riesgo de desarrollar trastornos de conducta, resulta en una normalización de las respuestas de estrés y la prevención de alteraciones de conducta.^{25,26}

Problemas de conducta disruptiva como la agresividad, la hiperactividad y el oposicionismo durante la infancia temprana, pueden predecir mal adaptación o comportamientos de desajuste social como las fugas escolares, violencia o incluso criminalidad durante la adolescencia o la edad adulta.^{27,28,29}

Factores de riesgo

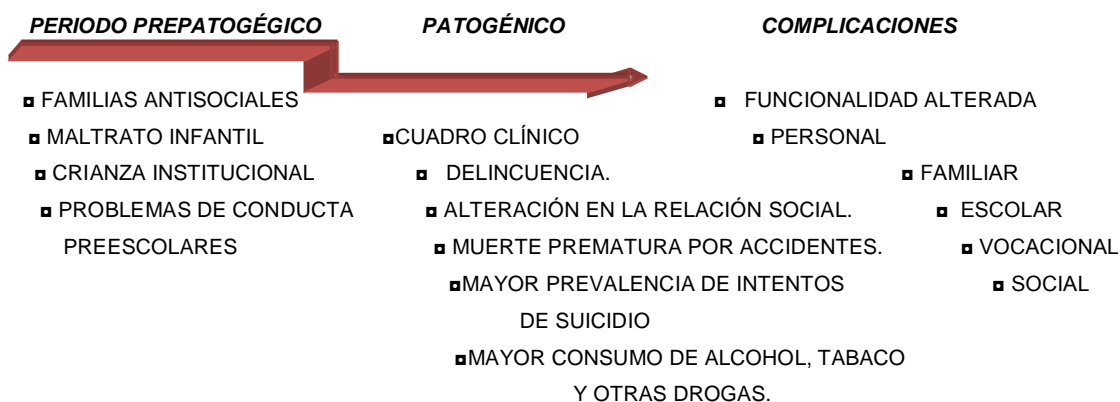
Los factores de riesgo asociados a los trastornos de conducta, que se presentan en niños y niñas son los siguientes:

- Dificultades y fracaso escolar.
- Bajo CI.
- Medio desfavorable.
- Padres con trastorno disocial.
- Educación punitiva con inversión de roles padres/hijo.

Complicaciones

Las niñas, en general, presentan un mejor pronóstico que los niños, las influencias ambientales, familiares y de los iguales son determinantes en el pronóstico. Las consecuencias a mediano y largo plazo se encuentran descritas en la siguiente figura en relación a la historia natural de la enfermedad y los niveles de prevención de los trastornos de conducta.³⁰

Figura 1.



Martínez Ana-Luisa y Fernández Camilo. Diseñado para esta guía

La tabla 4 nos muestra la oportunidad de intervención en los tres niveles de prevención en salud mental infantil relacionados a los trastornos de conducta, adviértase que la intervención deseable se debe realizar fundamentalmente con estrategias desde el primer nivel de prevención:

Tabla 4. Niveles de prevención de los trastornos de conducta en la infancia y la adolescencia

PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCIARIA
<ul style="list-style-type: none"> • Educación para la salud del embarazo y la familia • Fomento de vínculos afectivos seguros • Identificación de factores de riesgo • Asistencia regular a servicios de salud comunitarios • Fomento de información público en general • Campañas de detección de casos • Información y educación a los profesionales de niveles de atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación clínica de casos • Diagnostico oportuno • Tratamiento específico • Enfoque interdisciplinario • Manejo de comorbilidad • Identificación de redes de apoyo funcionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Apego terapéutico • Manejo de complicaciones y comorbilidad • Interconsultas y tratamiento de subespecialidades • Desarrollo de habilidades pre y vocacionales • Inserción social

Martínez Ana-Luisa y Fernández Camilo. Diseñado para ésta guía

DIAGNÓSTICO

El trastorno de la conducta se puede diagnosticar desde la infancia y se caracteriza por comportamientos antisociales que violan los derechos de los demás y las normas y reglas sociales apropiadas para la edad. Los comportamientos antisociales pueden incluir el comportamiento transgresor (como ausentarse de la escuela o escaparse), la violación de los derechos de los demás (como por ejemplo robar) y/o la agresión física hacia los demás (asalto o violación). Estos comportamientos a veces son concomitantes. Sin embargo, puede suceder que se presente uno o varios de ellos en forma aislada.³¹

Para ser diagnosticado con trastorno de conducta, de acuerdo con el DSM-IV, un niño o adolescente tiene que haber demostrado tres o más comportamientos característicos de este padecimiento, en los últimos 12 meses. Por lo menos uno de estos comportamientos tiene que haber sido evidente durante los últimos seis meses.

Existen múltiples protocolos dirigidos a la evaluación de los trastornos infantiles, no obstante, a este tipo de entrevistas se les atribuyen las mismas limitaciones

que a los sistemas de clasificación de los que se derivan elaborándose guías o esquemas de entrevista de corte conductual mediante las cuales se pretende recabar información sobre las condiciones contextuales en las que los problemas de comportamiento se generan y se mantienen.

En general, la información recabada mediante las entrevistas diagnósticas estructuradas y semiestructuradas, se refiere exclusivamente a aspectos formales del comportamiento como son la sintomatología que se presenta en el momento de consulta, la duración, la frecuencia, el nivel de interferencia, y el impacto de ellos en el funcionamiento del sujeto.³²

Estudios de gabinete

Respecto a la neuroanatomía, las técnicas modernas de imagen han relacionado ciertos circuitos neuronales con las conductas disociales. El bajo funcionamiento del lóbulo frontal, por daño en sus partes ventromediales, a través de la disminución del metabolismo de la glucosa ha sido relacionado con la violencia. El apoyo diagnóstico dependerá en la capacidad de recursos institucionales, resultando ser útiles entre otros sin olvidar que aún esta por dilucidarse los hallazgos que caractericen a los trastornos de conducta en la infancia y la adolescencia:³³

- Electroencefalograma
- Mapeo cerebral
- Tomografía Axial Computarizada
- Tomografía por emisión de fotón único
- Tomografía por emisión de positrones
- Magneto encefalografía

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastorno Oposicionista Desafiante:

Si bien es cierto el Trastorno Disocial comparte varias características con este trastorno, en éste no se incluye el patrón persistente de agresión, ni violación de los derechos básicos de los demás. En el caso de que se cumplan las características para el diagnóstico de ambos trastornos se debe diagnosticar trastorno Disocial.³⁴

Trastorno por Déficit Atencional con hiperactividad (TDAH):

Este trastorno involucra la presencia de un comportamiento hiperactivo que puede ser perturbador, pero que no suele violar las normas propias de la edad. En caso de que se cumplan los criterios para ambos trastornos se deben diagnosticar ambos.³⁵

Trastornos del Estado de Ánimo:

Es muy probable que, o bien los Trastornos del Estado de Ánimo constituyan un correlato de la presencia de un Trastorno Disocial o viceversa, que los trastornos de conducta se deriven de un trastorno del estado de ánimo de base. Ante la presencia del cumplimiento de ambos, se deben diagnosticar los dos.³⁶

Abuso de sustancias

Maltrato entre pares

En los años 80, el noruego Olweus ofrecía una definición de “bullying” que incluía las principales características de este fenómeno:

- La intención de hacer daño por parte de los agresores
- La reiteración de conductas de agresión
- El desequilibrio de poder o la situación de desventaja en que se halla la víctima y que la impide salir por sí sola.

Tras décadas de investigación, se puede concluir que el fenómeno, al que

preferimos denominar “maltrato entre iguales por abuso de poder”, sólo se llega a entender completamente cuando es considerado en el contexto de grupo.

Así, de manera más ajustada, habría que definir el “maltrato entre escolares” como un tipo negativo de relación interpersonal que tiene lugar en grupo y se caracteriza por comportamientos –reiterados- de intimidación y exclusión dirigidos a otro que se encuentra en una posición de desventaja.

A partir de esta definición, puede explicarse que la intención de hacer daño a un compañero o compañera se debe o procede de una búsqueda de poder o estatus por parte de los agresores dentro de un grupo. Esta búsqueda se lleva a cabo a través de un procedimiento nada lícito que supone dirigir a la víctima diferentes formas de agresión.

Dicho esto, antes de continuar avanzando en el análisis del fenómeno, en las diferentes formas que adopta, y en las consecuencias que tiene su aparición para las víctimas, pero también para agresores y testigos, conviene detenerse brevemente en las causas que se encuentran en el origen de estas conductas: el contexto relacional en el grupo-clase.³⁷

COMORBILIDAD

Las anomalías electroencefalográficas son variables; algunas series de pacientes con trastornos psiquiátricos mencionan anomalías en el registro de la actividad eléctrica cerebral hasta en el 67% de los pacientes, y en las enfermedades psiquiátricas habitualmente suelen anotarse EEG con disfunción cortical difusa (generalizada). La explicación fisiopatológica nos indica que deben existir alteraciones en circuitos neuronales, que quizá no dan manifestaciones neurológicas específicas como la epilepsia, pero sí pueden ser la causa de síntomas psiquiátricos, como cuadros psicóticos, alucinaciones, agresividad, disforia, irritabilidad, crisis de ansiedad, reacciones depresivas, dificultades en las relaciones interpersonales y múltiples síntomas vegetativos o autonómicos. Trastornos conductuales (trastornos externalizados) –en particular, trastorno disocial y oposicional desafiante– en un total de 96 pacientes (9,6%).^{38,39}

Igualmente presentarán mayor comorbilidad como es el consumo de drogas, los trastornos adaptativos y el TDAH.⁴⁰

El maltrato entre iguales en la escuela: el papel del grupo-clase

El centro escolar, particularmente el aula, supone un escenario privilegiado de interacciones y relaciones entre escolares, aunque también con adultos. A diferencia de las relaciones que se establecen entre los alumnos y sus profesores, las relaciones entre los estudiantes se caracterizan por hallarse en un plano de simetría horizontal. Esto es, son relaciones entre iguales, quienes comparten posición o estatus a ojos de un tercero. Las interacciones y relaciones entre iguales inciden en el desarrollo social del niño en uno u otro sentido. No siempre estas relaciones son de carácter positivo.

La institución escolar, además de promover que surjan grupos naturales de amigos de forma espontánea, obliga a formar parte de un grupo de clase al agrupar al alumnado en función de criterios relacionados con la edad, el rendimiento, etc.

Este grupo funciona a través de ciertas dinámicas de relación que a veces pueden generar conflictos. Si en los grupos de amigos pueden emerger relaciones negativas a partir de conflictos que no se han sabido resolver, aún con más probabilidad podrán instaurarse y mantenerse éstas en el grupo que no se forma espontáneamente y durante cursos comparte el aula, e incluso extenderse al grupo como centro que resulta aún más heterogéneo.

De esta forma, las dinámicas de funcionamiento, tanto del grupo amplio que forman los alumnos del centro como del grupo limitado al aula, pueden favorecer relaciones negativas como el maltrato entre iguales o bullying. La siguiente tabla establece las formas de violencia entre iguales y que corresponden a situaciones comórbidas en relación a los trastornos de conducta.⁴¹

Tabla 5. Formas de maltrato entre iguales

Exclusión social	Activa	No dejar participar
	Pasiva	Ignorar
Agresión Verbal	Directa	Insultar Poner mote ofensivo
	Indirecta	Hablar mal de alguien
Agresión Física	Directa	Pegar
	Indirecta	Esconder cosas
		Romper cosas Robar cosas
Amenazas/Chantaje	Amenazas	Amenazar para meter miedo Amenazar con armas
	Chantaje	Obligar a hacer algo con amenazas
Acoso sexual	Acoso sexual físico	Acoso sexual físico
	Acoso sexual verbal	Acoso sexual verbal

Tomado de UNICEF 2007

De otra parte en un estudio efectuado en adolescentes en medio de reformatorios, desarrollado por Silverthorn y cols en 2001, puso en evidencia un mayor número de eventos de abuso sexual y rasgos de personalidad patológica comparados con adolescentes de población abierta.⁴²

MANEJO INTEGRAL

Prevención: Elemento clave en la intervención con los trastornos disruptivos. Los programas de prevención incluyen: orientación a padres, entrenamiento social y académico, instrucción a maestros y terapia de grupo. Los programas de intervención han intentado reducir las conductas disruptivas para prevenir el desempeño conductual negativo. Se observó en un seguimiento a 15 años en que se comenta que mientras mayor duración tenga el programa de intervención y que incluya la transición entre la niñez y la adolescencia, los resultados positivos son más duraderos incluyendo una mejor funcionalidad en la edad adulta.

La mayoría de los expertos concuerdan en enfocar la prevención en los diferentes sistemas de la vida del niño, incluyendo la relación con los padres, maestros y sus pares, modificando las influencias generadoras de conductas antisociales y

favoreciendo las condiciones externas que representan la generación de conductas socialmente aceptables.⁴³

Instrumentos de Tamizaje

Escala de evaluación de los trastornos de conducta perturbadora

Formulario para padres, de Russell Barkley. Mide aspectos correspondientes al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH en adelante) divididos en dos partes, déficit de atención e hiperactividad-impulsividad, y aspectos correspondientes a los trastornos de conducta (TC en adelante) divididos en dos partes, trastorno negativista desafiante (TND en adelante) y trastorno disocial (TC en adelante). También presenta una puntuación del total de la escala.

Cuestionario de situaciones del hogar, de Russell Barkley.

Presenta una serie de actividades y situaciones de la vida cotidiana de una familia. Mide el número de situaciones en las que el adolescente muestra problemas de conducta y la gravedad de esos problemas de conducta.

Escala de evaluación de los trastornos de conducta perturbadora

Formulario para maestros, de Russell Barkley. Mide aspectos correspondientes al TDAH y aspectos correspondientes a los TC.

Cuestionario de situaciones escolares, de Russell Barkley.

Igual que el cuestionario de situaciones del hogar, pero sobre situaciones del colegio y contestado por el tutor del alumno.⁴⁴

Evaluación de los trastornos de conducta

- Establecer alianza terapéutica con el niño o adolescente y la familia. Los pacientes tienden a racionalizar sus conductas y las justifican por las circunstancias pero no están felices con ellas. Esta mezcla de enojo, desafío, insight e infelicidad son la posibilidad de crear una alianza terapéutica. Simultáneamente se deben brindar estrategias de disciplina eficaces a los padres sin que ellos se sientan juzgados.
- Considerar diferencias culturales en el diagnóstico y tratamiento. Los estándares de disciplina y conducta son diferentes en cada grupo social, por lo

que las expectativas de los padres pueden ser diferentes.

- La evaluación del TOD debe incluir información obtenida del paciente y los padres. Debemos evaluar síntomas, edad de inicio, duración y grado de disfuncionalidad. Se debe ser cuidadoso en identificar factores desencadenantes, pues los síntomas pueden ser manifestación de otra psicopatología. Las demandas paternas en ocasiones son excesivas y esto también dificulta el diagnóstico.
- Considerar condiciones comórbidas cuando se trata de diagnosticar y tratar el trastorno oposicionista. Primero descartar una reacción de ajuste. Segundo, si sólo es un TOD o ya presenta un trastorno disocial. Tercero, considerar otros diagnósticos.
- Incluir información de personas cercanas al paciente. Necesario para establecer el diagnóstico. Que la mayoría de los informantes estén de acuerdo en los síntomas de trastornos externalizados.
- Utilizar cuestionarios específicos y escalas en la evaluación y evolución del padecimiento.

Entre las entrevistas estandarizadas y traducidas al español se encuentran las siguientes:

SBQ. Es un instrumento de evaluación para conductas sociales, aplicado por profesores, incluye 38 ítems para evaluar 4 componentes: a) conductas disruptivas, b) síntomas de ansiedad, c) inatención y d) conductas disociales. En un seguimiento de 15 años a niños integrados a la educación regular, se aplicó el instrumento reportando una validez y confiabilidad adecuadas.⁴⁵

K-SADS-PL. Es una entrevista diagnóstica semiestructurada que evalúa la psicopatología presente en los últimos seis meses y a lo largo de la vida de 47 categorías diagnósticas diferentes. Incluye el C-GAS para la evaluación del funcionamiento psicosocial.⁴⁶

MINI-KID. Es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve. Explora, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una

categoría diagnóstica. Existen varias versiones en español: La MINI. La MINI Plus para la investigación y La MINI Kid para niños y adolescentes.⁴⁷

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DISOCIAL DE LA CONDUCTA (TDC). La lista de síntomas para el TDC se construyó de acuerdo con el modelo semicontinuo de la lista de síntomas de Achenbach que se retomó para la lista de síntomas del criterio A de Trastorno de conducta. Se construyó un cuestionario con 14 síntomas del criterio A del DSM-IV para el diagnóstico de TDC. Se elaboró una escala de calificación discreta de 0 (nunca) a 3 (casi siempre); al elegir una escala con cuatro posibles respuestas, se disminuye la probabilidad de la denominada respuesta central o deseada. La lista de síntomas es contestada por los propios adolescentes (autoinforme). La puntuación mínima para la escala total es 0 y la máxima 42. La siguiente tabla muestra la aplicación de un cuestionario basada en el DSM-IV para apoyo diagnóstico del trastorno disocial de la conducta.⁴⁸

Tabla 6. Cuestionario basado en los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de trastorno disocial de la conducta.

Tipo de conductas no deseables	Nunca 0	Algunas Veces 1	Frecuente mente 2	Siempre 3
1. ¿Intimida o amenaza a otras personas?				
2. ¿Ha provocado de manera intencional incendios?				
3. ¿Ha entrado violentamente en la casa o vehículos ajenos?				
4. ¿Se ha quedado fuera de la casa en la noche sin permiso?				
5. ¿Inicia las peleas y arremete físicamente a otros?				
6. ¿Ha destruido a propósito cosas que pertenecen a otras personas?				
7. ¿Engaña a otras personas para quitarles dinero u obtener objetos ajenos?				
8. ¿Se ha fugado o se ha escapado de la casa durante más de 24 horas?				
9. ¿Utiliza armas u objetos que puedan hacer daño a otros (bates, cuchillos, etc.)?				
10. ¿Es cruel con las personas y le gusta hacerlas sufrir?				
11. ¿Roba objetos de valor cuando tiene la oportunidad de hacerlo?				
12. ¿Ha robado o atracado con armas o amenazado a otros?				
13. ¿Ha forzado o amenazado a alguien para tener relaciones sexuales?				
14. ¿Ha sido cruel con los animales y le gusta hacerlos sufrir?				

Tomado De Puerta I.C. Instrumentos para evaluar las alteraciones de la conducta. 2004

Es necesario desarrollar un plan de tratamiento individualizado basado en la situación clínica específica. Formulación biopsicosocial: Edad, severidad, metas y recursos deben ser consideradas. El tratamiento multimodal sigue siendo la mejor opción.

Tratamiento psicofarmacológico

La clonidina puede ser usada en el manejo de la conducta agresiva en pacientes con TDAH comórbido con TOD. El tratamiento de la comorbilidad TDAH-TOD, mejora en un 20% si se agrega al manejo farmacológico un tratamiento psicosocial.

Hay evidencia de que los fármacos se emplean para la agresividad, la socialización y algunas conductas aberrantes, los antipsicóticos son los más comúnmente prescritos en presencia de ataques físicos, agresiones verbales o conductas auto agresivas y han mostrado favorecer el desarrollo de conductas de adaptación. Existen reportes que también el uso de estimulantes, anticomiciales y antidepresivos, incluido el litio ayuda en la corrección de conductas como desobediencia y apatía a las actividades y conductas disruptivas. Sin embargo su prescripción requiere de algunos lineamientos generales:⁴⁹

- + Explicar las bases biológicas de la prescripción a los padres.
- + Prescribir fármacos probados como seguros y eficaces.
- + Las titulaciones en dosis deberán iniciar con niveles bajos.
- + Llevar a cabo evaluaciones periódicas.
- + Desalentar a los padres a ajustar o manipular las dosis prescritas.

Tabla 7. Tratamiento farmacológico para los trastornos de conducta de niños y adolescentes

Tipo de fármaco	Medicamento	Indicaciones	Efectos secundarios	Contraindicaciones
Estimulantes	Metilfenidato (0.5 -1 mg/kg)	Impulsividad, discontinuidad en tareas, bajo rendimiento escolar, actitudes de hurto, riñas e hiperactividad, comorbilidad con TDAH	Hiporexia, cefalea. Inquietud, taquicardia, náuseas, sequedad de boca.	Hipertiroidismo
NEUROLEPTICOS Típicos. Atípicos.	Haloperidol (0.02mg- 0.12mg/kg) Olanzapina (5-10mg/día) Risperidona (0.02mg- 0.06mg/Kg)	Conductas agresivas, ataques de rabia y violencia, impulsividad asociada a comportamiento destructivo y auto destructivo, así como favorecer la socialización y la asimilación de conductas nuevas aprendidas.	Disquinesias, galactorrea acatisia, sedación, náusea, taquicardia e hipotensión.	Estado comatoso, depresión del SNC debido al alcohol.
ANTICOMICIALES	Carbamazepina (5-15 mg/kg) Valproato (8-12 mg/kg)	Control de la agresividad, mejora del humor, la adaptación social, la explosividad y las actividades dirigidas.	Somnolencia, taquicardia, hipotensión, vómito, oliguria. Náuseas, vómito e indigestión. Alteración en las pruebas de funcionamiento hepático.	Empleo simultáneo con I.M.A.O, hipersensibilidad Idiosincrática.
Otros	Litio (600 - 1800 mg/día)	Agresión	Diarrea, náuseas, vómito, sedación, somnolencia, temblor, hiperglicemia	Anuria, poliuria, diuréticos, embarazo e hipersensibilidad.

Martínez Ana-Luisa y Fernández Camilo. Diseñado para ésta guía

Intervenciones individuales

Los programas de entrenamiento para la solución de problemas enfocados a los niños y las intervenciones del desarrollo moral han demostrado ser efectivas en el manejo de los trastornos de conducta disruptivos.

Los tratamientos para el trastorno de conducta mas probados como de primera elección son aquellos que incorporan técnicas psicoterapéuticas como:

Terapia de Juego

Para cierto grupo de edad (3 a 10 años) el juego es un método útil para comunicarse con ellos, por lo que es necesario comprender las etapas del desarrollo, en los grupos de edad entre 3 a 5 años es de carácter simbólico e imaginario, mientras que en los grupos de edades de 6 a 10 años es más concreto y busca la transición de lo imaginario a lo real al introducir reglas y experiencias reales prestando mucho cuidado a evitar el jugar por jugar como expresión de libertad, debido a que esto no es útil como terapia y específicamente para la corrección de problemas de conducta deberá:

a) Dirigirse a la expresión de los conflictos y sentimientos como; odio reprimido y agresión manifiesta hacia las figuras consideradas problema pudiendo manifestar situaciones de muerte, mentira, pelea, etc., en las cuales el terapeuta podrá hacerles tomar conciencia del origen de sus conductas y emociones a la vez que introduzca la verbalización como elemento de desahogo y expresión de conflicto pero sobre todo de canal principal del tratamiento.

b) Fomentarse el juego defensivo, este deberá pasar por un proceso de modificación hacia la reflexión, tornarlo directivo, recordando que la presencia de actos de juego monótonos, repetitivos y aburridos no es mas que la forma del menor de esconder y reprimir sus sentimientos. El salir de él dependerá de la experiencia y manejo del terapeuta.

La modalidad de terapia de juego individual es la más recomendada y la grupal se considerará cuando se hayan excluido los conflictos individuales y se busque una mayor adaptación. Finalmente no hay evidencia de su aplicación en grupos de

edad adolescente para este trastorno, para quienes se indica como primera elección la terapia cognitivo conductual.⁵⁰

Terapia Cognitivo Conductual

Existen tres procesos básicos a corregir en los adolescentes con problemas de conducta con este tipo de tratamiento.

- Los comportamientos agresivos tienden a exagerar la percepción de hostilidad debido a que se originan en ambientes donde la agresión es frecuente.
- El uso de la acción y la solución rápida y precipitada y no de la verbalización.
- Un listado o historial de conflictos o problemas diana con respecto a la familia, el vecindario y el colegio.

Se requiere de un proceso de educación e información que abarca datos del comportamiento y exigiendo claridad en el uso de la función básica del “pensamiento” con una tendencia hacia la reflexión acerca de sus sentimientos, conductas y entorno social mediante un trabajo continuo de la búsqueda de pruebas, argumentos y razones que permitan soluciones al etiquetar y clasificar cada una de las conductas, pero además de aclararles que se acompaña de actividades programadas para corregir alguno o todos los síntomas mediante el fomento del entrenamiento y practica de habilidades así como el reconocimiento de la situación social de los demás.⁵¹

Proponiéndose los siguientes pasos básicos para cualquiera de las terapias cognitivo conductuales seleccionadas, todos ellos requieren niveles elevados de confianza, del menor hacia el terapeuta, donde la empatía, la calidez e interés genuino fortalezcan la alianza terapéutica.

- Búsqueda y formulación de pensamientos subyacentes a los sentimientos y conductas desadaptativas.
- Motivación continua hacia la colaboración y participación activa en tareas y habilidades.
- Deberá centrarse en problemas claros y objetivos.

- Estar ubicada en actos y acontecimientos actuales.
- Se apoyará en un proceso pedagógico donde se enseña a el paciente la interacción entre emociones, conducta y pensamiento.
- Deberá esta limitada en tiempo y número de sesiones.
- La estructura de las sesiones es rutinaria a saber:
 - Revisar estado emocional del paciente.
 - Reseña de la semana.
 - Análisis de la sesión anterior.
 - Objetivos para la sesión actual.
 - Diseño para trabajos, tareas a seguir.
- Mediante diálogo socrático, técnicas inferenciales, confrontación, descubrimiento, etc., ayudar a el paciente a identificar y evaluar comportamientos y sentimientos.
- Se podrán incorporar técnicas gestálticas, juegos, cuentos, dinámicas, etc., como elementos facilitadores.
- El logro de habilidades en tolerancia, negociación, asertividad, diálogo y convivencia sana hablarán de eficacia en el tratamiento

Los casos de aplicación grupal deberán tener los mismos objetivos que en la aplicación individual con la aclaración que el terapeuta deberá tener formación grupal para detectar y esclarecer procesos propios de la terapia de grupo.⁵²

Manejo conductual

Marco teórico: la mala conducta infantil es secundaria a prácticas parentales inadecuadas y se desarrolla como una forma de manipular a los adultos.⁵³

Manejo propuesto: tendiente a mejorar la conducta del niño, sus relaciones sociales y la adaptación general en la casa a través de refuerzos positivos y negativos.

Se sugiere definir una lista de conductas y un menú de premios y castigos, utilizando un sistema de fichas.⁵⁴

1. Los adultos a cargo deben tener claro que las consecuencias a las conductas deben ser inmediatas, específicas y constantes, es decir:

- Inmediatas: no esperar que repita una mala conducta para dar una respuesta y atender a las conductas positivas para dar un refuerzo. Cuanto más inmediata sea la consecuencia de una conducta, más eficacia tendrá como intervención.
 - Específicas: tanto el premio como el castigo deben estar dirigidos a una conducta específica, nunca a aspectos generales. Considerar que el castigo debe ser proporcional a la transgresión y no al grado de impaciencia o frustración que haya generado en los padres.
 - Constantes: independientemente del entorno, la consecuencia debe ser la misma.
2. Establecer un programa de incentivos antes de utilizar los castigos.
 3. Planificar previamente la actuación ante posibles malas conductas.
 - Anticipar, analizar y, si es posible, prevenir
 4. Reconocer y aceptar que las interacciones dentro de la familia son recíprocas. La conducta de los padres está influenciada por la conducta del niño y viceversa.⁵⁵

Psicodrama

Se trabaja con un número pequeño de niños (4 ó 5), con dobles. De tal modo que cada niño tendría su doble, con los que trabajarán durante un periodo de 8 sesiones. En ellas el doble abordará las situaciones conflictivas, el niño co-actúa y aprende a manejar la relación con los demás. Las Escenas se centran en situaciones cotidianas y el objetivo fundamental es construir recursos para abordar lo cotidiano de forma diferente. Al mismo tiempo se construye un lazo de seguridad, de afecto y de cariño.⁵⁶

Terapia ocupacional

Se han desarrollado estrategias de terapia ocupacional para complementar el manejo integral de los trastornos de conducta en niños, uno de ellos se relaciona a un programa de jardinería, implementado por personal de enfermería en pacientes hospitalizados en una unidad psiquiátrica. El cuidado y mantenimiento del jardín, así como la participación de los pacientes en discusiones grupales acerca del trabajo de equipo, lo gratificante del trabajo, el estudio de los ciclos biológicos

subyacentes y tópicos acerca de la significancia terapéutica de esta intervención llevan al reconocimiento del éxito de la eficacia de esta terapia en niños con trastornos de conducta.⁵⁷

Ejercicio Terapéutico

Algunos trabajos dirigidos al estudio de los efectos del ejercicio en poblaciones con alteraciones de la salud mental, sugieren efectos benéficos al ser utilizados en niños y adolescentes con trastornos de conducta. El ejercicio es practicado como terapia de grupo en 5 sesiones por semana de lunes a viernes. Cada sesión tiene una duración de 55 minutos que incluyen 15 minutos de preparación y calentamiento, una segunda fase de 30 minutos de ejercicios activos aeróbicos y 10 minutos más de enfriamiento que incluyen ejercicios de relajación progresiva de Jacobson.⁵⁸

Una de las hipótesis que se establece se relaciona al metabolismo del eje hipotálamo hipófisis adrenal, favoreciendo la regulación de catecolaminas tales como la noradrenalina y la dopamina, los modelos de entrenamiento recomiendan la práctica de ejercicio aeróbico a intensidad moderada con frecuencia entre 3 a 5 sesiones por semana durante 18 meses y posteriormente su integración a práctica deportiva formal mediante la natación, el futbol o el tae kwon do como se realiza en el Servicio de Medicina Física del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N Navarro”.

Hospitalización

Generalmente provoca sentimientos confusos y encontrados a la familia, por una parte descansan de controlar a un enfermo con síntomas agudos, pero por otra experimentan ansiedad y culpa al abandono, por lo que los periodos de hospitalización deben ser siempre lo mas breves posibles, discutiéndose en primer término con el propio paciente y en segundo con la familia, buscando una decisión compartida. Su indicación puede tener propósitos diagnósticos o bien la estabilización de síntomas agudos, estableciéndose algunos criterios para la misma como: Cuando los padres no colaboren o se detecten relaciones abusivas

o dañinas; cuando los síntomas y signos sean de intensidad elevada con riesgo de daño físico y/o mental; cuando exista la exposición a un ambiente nocivo con franca violencia y sociopatía.⁵⁹

Tratamiento Parental y Familiar

En la encuesta Nacional de Salud Infantil de Estados Unidos se reporta que el entrenamiento a padres es efectivo en el tratamiento de estos trastornos y está asociado con mejoría clínica a través del tiempo. La combinación de entrenamiento a padres y niños es más efectiva que una sola forma de intervención y sus efectos se mantuvieron a lo largo de un año. El entrenamiento enfocado a la relación padre-hijo, ha demostrado mejoría clínicamente significativa en pacientes con TOD en estudios controlados. La psicopatología parental, las altas expectativas y los estresantes familiares son factores que predicen mala respuesta al tratamiento.⁶⁰

Existen diversas modalidades de tratamiento parental y familiar, cualquiera de estas pueden ser utilizadas con resultados favorables:

- **Terapia Funcional**

Busca alcanzar los siguientes objetivos; Favorecer las relaciones paternas positivas mediante el apoyo a sus integrantes con actos de aprobación e interés en las actividades y necesidades de sus miembros, corrección de las relaciones negativas y mala adaptación con la reestructuración de límites e inconsistencias y el no uso de agresión verbal y física.

Motivando a los padres que incluyan en su estructura familiar el aprendizaje y trasmisión de el control de la ira, impulsos, comunicación coherente y la convivencia con los integrantes de las actividades escolares y deberes, mayor socialización con orientación de las relaciones con compañeros y para con la autoridad. La terapia incluye a los padres como objeto de tratamiento de los problemas conyugales existentes, el estrés y los cuadros psiquiátricos concomitantes.⁶¹

- **Terapia Multisistémica**

Está dirigida a las prácticas parentales identificadas como contribuyentes a los problemas del comportamiento, reparar la relación con el aprendizaje de técnicas y dinámicas de convivencia. La desobediencia y agresión requieren de una respuesta firme y calmada que permita estructurar los ambientes caóticos y desorganizados de la familia, paulatinamente se extenderán los abordajes hacia el contexto social y las relaciones con los compañeros mediante la asimilación de la asertividad como una forma de comunicación, lograr expresar los propios derechos, opiniones y emociones de forma adecuada respetando a los demás, transmitiendo dos componentes, lo verbal y lo no verbal. En lo verbal se muestran elementos como el volumen de voz, el tono, la inflexión, la fluidez y contenido asociados al momento adecuado, lo no verbal muestra la distancia física durante la interacción, los desplantes, las amenazas, las expresiones visuales y faciales.⁶²

La inactividad no es conveniente, explicar que no habrá mucha motivación para realizar las actividades planeadas, pero llevarlas a cabo por disciplina asegura una evolución más rápida y sencilla.⁶³

- **Tratamiento multimodal**

El proyecto LIFT, que incluye: entrenamiento a padres, técnicas de socialización en el salón de clases, programas de conducta en el recreo y la comunicación sistemática entre padres y maestros, demuestra una reducción en la agresión con pares, en las conductas de rechazo de las madres, en la conducta en clase y la socialización.⁶⁴

Reubicación del Entorno: Dentro del tratamiento siempre habrá que incluir el contexto escolar y el vecindario, para ellos es crucial contar con la información veraz y en ocasiones será necesario visitar los lugares más conflictivos y estructurar las estrategias de evitación y cambios de compañeros, negociación de espacios y paulatinamente hacerse de compañeros más tranquilos y ambientes más propicios, se buscará el cambio de rutas habituales y la incorporación a

clases artísticas o deportivas. En vecindarios muy conflictivos se acudiría a las autoridades locales para solicitar vigilancia frecuente y en casos particulares detención y apoyo físico, habrá ocasiones donde se formaran grupos de padres vigilantes.⁶⁵

PRONOSTICO

El curso clínico de un menor o adolescente con trastorno de conducta es variable, la gran mayoría de los casos leves y moderados desisten de sus malas conductas conforme avanza su edad, aunque pasando por situaciones traumáticas y angustiando a los mayores cercanos a ellos, mientras que los casos severos y crónicos siguen teniendo problemas en su vida adulta, generalmente los portadores de conductas violentas y agresivas empeoran su pronóstico al efectuar actos de daño físico auto y hetero infligido asociados a comportamientos antisociales francos como robo, peleas, fraudes e infracción a múltiples reglas.

Existen múltiples factores que contribuyen a predecir una pobre respuesta, pero son pocos los que realmente están directamente relacionados a un mal pronóstico:

- El inicio del trastorno en edades tempranas (5 a 7 años) mostrando una conducta consistente en la ignorancia del menor cuando presenta un comportamiento favorable, debido a que la actitud de los padres es de reprenderle y criticarle de inmediato al portarse mal, con la consecuencia que el menor aprende a que esta es la forma de tener la atención en él, arraigándose el mal comportamiento.⁶⁶

- Otro elemento reconocido es la comorbilidad de enfermedades psiquiátricas como depresión, ansiedad, uso de sustancias, problemas de atención, discapacidad intelectual, alteraciones neurológicas y algunas somáticas (hipertiroidismo, nefropatías, etc) en los menores, así como la evidencia de historias con trastornos emocionales y conflictos maritales en los padres o padres con actitudes negligentes francas o encubiertas. Además de los valores culturales educativos, donde la educación con elevadas críticas, exigencias y escasa intervención correctiva ha mostrado inconsistencias en los parámetros disciplinarios, contribuyendo a una marcada holgazanería, abandonos escolares y posteriormente laborales.⁶⁷

El pronóstico mejora cuando aumenta la posibilidad de recibir un tratamiento y dentro de éste cuando los síntomas y signos son desencadenados por causas identificables sin importar su severidad o frecuencia pero con la posibilidad de modificarlos. Esta modificación deberá abarcar el medio (personas cercanas al paciente, condiciones de vida, actividades estresantes), asociado a las relaciones estables formadas por el paciente, positivas y relativamente duraderas, donde se sienta querido por alguien a quien él considera importante.

En un estudio longitudinal realizado en Quebec Canadá se comparó la presencia de alteraciones antisociales de la edad adulta, de niños con factores de riesgo para desarrollo, que fueron incluidos a un programa de intervención, dirigido a eliminar dicho riesgo contra niños no integrados a ningún programa se encontraron mayor tasa de culminación de bachillerato y menor registro criminal a la edad de 24 años (homicidios, prostitución, incendios provocados, accidentes vehiculares, delitos relacionados al consumo o posesión de alcohol o drogas) para los niños con riesgo integrados al programa de intervención.⁶⁸

NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

Nuestro sistema de salud consta de tres niveles de atención, a continuación se propone un modelo a seguir en el tratamiento de los trastornos de conducta de niños y adolescentes, derivado del modelo de atención londinense correspondiente.⁶⁹

Tabla 8. Niveles de atención y filtros en el manejo psiquiátrico aplicable a los trastornos de conducta

Nivel de atención	Tipo de atención	Estrategia
Primer	Comunitario	Prevención primaria
	Atención primaria a la salud	Consulta médica general
Segundo	Hospital general de zona	Referencia y Contrarreferencia
	Centro comunitario de salud mental	Tratamiento y control de la morbilidad psiquiátrica
Tercer	Hospital Psiquiátrico Infantil	Atención de Alta especialidad

Martínez Ana-Luisa y Fernández Camilo. Diseñado para ésta guía

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Clasificación Internacional de las Enfermedades. Ginebra, 2000.
- ² Academia Americana de Psiquiatría. DSM-IV-TR. Manual estadístico de trastornos Psiquiátricos, DSM-IV-TR. Barcelona: Ed. Masson, 2002.
- ³ B. Arias. Concepto de los trastornos de conducta. 1a. ed. Ed. Universidad de Valladolid, 2000, pp 7-10.
- ⁴ Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Ginebra, 2001.
- ⁵ Currie E: Sociological perspectives on juvenile violence. In: Lewis DO, Yeager CA: Juvenile Violence. Philadelphia: Saunders, 2000.
- ⁶ Richard G Smith, Robert M, Churchill. Identification of environmental determinants of behavior disorders through functional analysis of precursor behaviors. *Appl Behav Anal* 2006;35(2):125-136.
- ⁷ Kramer T, Garralda ME. Child and adolescent mental health problems in primary care. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000;6:287–294.
- ⁸ Fergusson DM, Horwood LJ. The Christchurch Health and Development Study: review of findings on child and adolescent mental health. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:287-296.
- ⁹ Gómez D. Estadísticas Div. Epidemiología HPIJNN, 2003-2007.
- ¹⁰ Elgen I, Sommerfelt K, Markestad T. Population based, controlled study of behavioural problems and psychiatric disorders in children at 11 years of age. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2002;87:F128–F132.
- ¹¹ Saigal S, Pinelli J, Hoult L. Kim M and Boyle M. Psychopathology and Social Competencies of Adolescents. *Pediatrics* 2003;111;969-975.
- ¹² Burke J, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past ten years, Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:11.
- ¹³ Chance SE, Brown RT, Dabbs Jr JM, Casey R. Testosterone, intelligence and behavior disorders in young boys Science direct Article online. Disponible en: www.sciencedirect.com. Consultado nov 21 2008.

-
- ¹⁴ Portugal R, Araúxo A. El modelo de Russell Barkley. Un modelo etiológico para comprender los trastornos de conducta. *Rev Psiquiatría y Psicología del Niño y del adolescente*, 2004 4(1):54-64. Disponible en: www.paidopsiquiatria.com/rev/numero4/art6.pdf. Consultado 03.06.2009.
- ¹⁵ Wacker DP, Berg WK, Harding JW, Derby KM, Asmus JMA & Healey H. Evaluation and long-term treatment of aberrant behavior displayed by young children with disabilities. *Dev Behav Pediatr* 1998;19 (4):260-266.
- ¹⁶ Osler M, Petersen L, Prescott E, Teasdale TW, Sørensen TI. Genetic and environmental influences on the relation between parental social class and behaviour. *Int J Epidemiol* 2006;35:1272–1277.
- ¹⁷ Loeber R., Burke J. Lahey et. Al. Oppositional & defiant conduct disorder: A review of the past 10 years, Part I. *Journal American Academic Child & Adolescent Psychiatry* 2004;1:11
- ¹⁸ Roane HS, Fisher WW, Sgro GM. Effects of a fixed-time schedule on aberrant and adaptive behavior. *J Appl Behav Anal* 2005;34(3):333-336.
- ¹⁹ Fuentes MJ, Fernández M, Bernedo I. M. Problemas de conducta, evaluados con CBCL, en adolescentes adoptados. *Análisis y Modificación de Conducta* 2004;133(30), 663- 691.
- ²⁰ Díaz-García MI, Díaz-Sibaja MA. Problemas cotidianos del comportamiento infantil. En, Comeche MI, Vallejo MA. (Coor.). *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia*. Madrid: Dykinson, 2005.
- ²¹ Idem 2
- ²² H. A. Niness, C. Sigrid S. Glenn J. *Assessment and treatment of emotional or behavioral disorders*. 2nd. ed. Praeger Westport, Connecticut London. 2004.
- ²³ Rutter M. Conduct disorder: future directions. An afterword. En: *Conduct Disorder in childhood and adolescence*. Hill J Maugham B edits, Cambridge University Press 2001;552-572.
- ²⁴ Díaz-Sibaja, M.A. Trastornos del comportamiento perturbador: trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. En, Comeche, M.I y Vallejo, M.A. (Coor.). *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia*. Madrid: Dykinson, 2005.

-
- ²⁵ Fisher PA, Gunnar MR, Chamberlain P, Reid JB. Preventive intervention for maltreated preschool children: impact on children's behavior, neuroendocrine activity, and foster parent functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(11):1356-1364.
- ²⁶ Hart J, Gunnar M, Cicchetti D. Salivary cortisol in maltreated children: evidence of relations between neuroendocrine activity and social competence. *Dev Psychopathol* 1995;7(1):11-26.
- ²⁷ Farrington DP, Welsh BC. Family-based prevention of offending: a meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Criminology* 2003;36:127-151.
- ²⁸ Fergusson DM, Swain-Campbell, NR, Horwood LJ. Deviant peer affiliations, crime and substance use: a fixed effects regression analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2002;30:419-430.
- ²⁹ Vitaro F, Brendgen M, Larose S, et al. Kindergarten disruptive behaviors, protective factors, and educational achievement by early adulthood. *of Educational Psychology* 2005;97:617-629.
- ³⁰ Céilleachair ERT, Bywater A, Hughes TD, Hutchings J. Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: cost effectiveness analysis. *British Medical Journal* 2007;334(7595):682.
- ³¹ De La Barra F, Toledo V y Rodríguez J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente: IV: desordenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. *Rev chil neuro-psiquiatr* 2004;42(4):259-272.
- ³² Ulloa RE, Ortiz S, Higuera F, cols. Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Esp Psiquiatry* 2006;34(1):36-40.
- ³³ Jacobson KT, Lewis SM. Understanding Neuroimaging. *Physical Therapy* 2007;87(6).
- ³⁴ Scott S. Conduct disorders in children. *British Medical Journal* 2007;334(7595):646.

-
- ³⁵ Olds DL, Sadler L, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers with ADD. *J Child Psychology and Psychiatry* 2007; 48(3-4):355-391.
- ³⁶ Díaz J. "problemas de conducta en la infancia " *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y el adolescente* 2001;1(1):17-33.
- ³⁷ Barrios Á, Andrés S. Escolares que maltratan a sus compañeros: Algunas pautas de actuación. *INTERPSIQUIS*. -1; 2008.
- ³⁸ Reséndiz JC, Coiscou-Db, Yáñez-A L, Rodríguez E, J. Rivera-Q E. Aguirre-G, E. Cruz- M. Actividad epileptiforme en trastornos psiquiátricos infantile. *Rev Neurol* 2008;46(11):660-663.
- ³⁹ Mc QuAiL. P. Behavioural disturbance in people with epilepsy and a mental handicap. *Psychiatry Bulletin* 1992;16:402-404.
- ⁴⁰ Ruchkin V; Koposov R; Vermeiren R y cols. Psychopathology and Age at Onset of Conduct Problems in Juvenile Delinquents. *J Clin Psychiatry* 2003;64:913-920.
- ⁴¹ Informes del Defensor del Pueblo- UNICEF sobre violencia escolar en Educación Secundaria Obligatoria 2000-2007
- ⁴² Silverthorn P, Frick PJ, Reynolds R. Timing of onset and correlates of severe conduct problems in adjudicated girls and boys. *J Psychopathology Behav Assessment* 2001;23:171-181.
- ⁴³ Boisjoli R, Vitaro F, Lacourse E, Barker E. and Tremblay R. Impact and clinical significance of a preventive intervention for disruptive boys 15-year follow-up. *British Journal of Psychiatry* 2007;191:415-419.
- ⁴⁴ Portugal FR, Araúxo VA, Espiño DI. Resultados del tratamiento multimodal institucional de los trastornos de conducta. Curso 2006-07. Fuente *Interpsiquis*. -1; 2008
- ⁴⁵ Idem 29
- ⁴⁶ Ulloa RE, Ortiz S, Higuera F, et al. Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Esp Psiquiatr* 2006;34(1):36-40.

-
- ⁴⁷ Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, et al. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview: According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997;12:232-241.
- ⁴⁸ Puerta IC. Instrumentos para evaluar las alteraciones. *Rev Neurol* 2004;38:271-277.
- ⁴⁹ Herreros O, Sánchez F, Rubio B, Gracia R. Actualización en el tratamiento farmacológico de los trastornos del comportamiento de la adolescencia. *Monografías de psiquiatría: Los trastornos de comportamiento en la adolescencia*. 2004. 1, 60-69.
- ⁵⁰ Russ WS. *Play and Child Development & Psychotherapy*. London: Ed. Lawrence Erlaum Associates Publishers, 2004, Pp. 14.16.
- ⁵¹ Beck J.S. *Cognitive Therapy. Basics and Beyond*. The Guilford Press. New York: London, 1995.
- ⁵² Orjales I, Polaino-Lorente A. *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: CEPE; 2001.
- ⁵³ Rigau-Ratera E, García-Nonell C, Artigas-Pallarés. Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Rev Neurol* 2006;42:S83-88
- ⁵⁴ Barkley R, Edwards GH, Robin AL. *Defiant Teens: A Clinician's Manual for Assessment and Family Intervention*. New York: Guilford Publications; 1999.
- ⁵⁵ Greene RW, Doyle AE. Toward a transactional conceptualization of oppositional defiant disorder: implications for assessment and treatment. *Clin Fam Psychol Rev* 1999;2:129-47
- ⁵⁶ Herranz CT. *Psicoterapia Psicodramática como Tratamiento en los Trastornos de Conducta Infantil*. Disponible en: www.psicoterapiaypsicodrama.com Consultado el 15 de Junio de 2009.
- ⁵⁷ McGinnis M. Gardening as therapy for children with behavioral disorders. *J Child Adolescent Psychiatric Nursing* 2003;2(3):87-91
- ⁵⁸ McKune AJ. Behavioural response to exercise in children. *Sports Medicine* 2003;33:17-21
- ⁵⁹ Portugal R, Araújo A, Espiño I. *Tratamiento institucional de adolescentes con trastornos de conducta*. Interpsiquis. 2005. Disponible:

www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/20123/. Consultado.03.06.2009.

⁶⁰ Child and Adolescent Health Measurement Initiative (2005). National Survey of Children's Health, 2003. Data Resource Center on Child and Adolescent Health Web site. Disponible en: [www .childhealthdata.org](http://www.childhealthdata.org). Consultado el 27.07.2009

⁶¹ Simpson GA, Bloom B, Cohen RA, Blumberg S, Bourdon KH. U.S. Children with emotional and behavioral difficulties: Data from the 2001, 2002, and 2003 National Health Interview Surveys. *Adv Data* 2005;360:1-13

⁶² Schor EL. Family pediatrics: Report of the American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. *Pediatrics* 2003;111:1541-1571.

⁶³ Bordain CM, et al. Multisystemic Treatment of services for juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;63:562-579.

⁶⁴ Portugal R, Araújo A, Espiño I. Resultados del tratamiento multimodal institucional de los trastornos de conducta. *Interpsiquis* 2006. Disponible en www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/24838/. Consultado el 03.06.2009

⁶⁵ Hahn RA, Lowy J, Bilukha O, Snyder S, Briss P, Crosby A, Fullilove MT, et al. CDC Task Force on Community Preventive Services. Therapeutic foster care for the prevention of violence: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR Recomm Rep* 2004;53 (RR-10):1-8.

⁶⁶ World Health Organization. Chapter 2: burden of mental and behavioral disorders. In: *World Health Report*. 2001:21–45. Disponible en: www.who.int/whr/2001/chapter2/en/. Consultado el 26.07.2009.

⁶⁷ Brown RT. Risk factors for substance abuse in adolescents. *Pediatr Clin North Am* 2002;49:247–255

⁶⁸ Idem 44

⁶⁹ Goldberg & Huxley's. Five levels and four filters on the pathways to psychiatric care. En: *Psychiatry and General Practice Today*. Pullen I, Wilkinson G, Wright A, et al. eds. London: Gaskell, 1994, pp 36-44.