

convulc  
16229  
722

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

### RESOLUCION DIRECTORAL

N° 008 -2021-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 29 de Enero de 2021

**Visto;** la Nota Informativa N° 05-OPNA-HVLH-2021, emitida por la Jefa del Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Hospital Víctor Larco Herrera;

#### CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, la atención de la salud requiere de una serie de procedimientos clínicos que se sustentan en criterios médico científicos, determinación de diagnósticos y de tratamiento, por lo cual es necesario estandarizar dichos procedimientos con la finalidad de fortalecer el acto médico, la calidad de atención de la salud y el uso adecuado de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre ellos, numeral d) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia;

Que, mediante documento del Visto, la Jefa del Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Hospital Víctor Larco Herrera, remite a la Dirección General, la Guía actualizada de Práctica Clínica de Trastorno de Conducta, del Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente realizada por éste Departamento, para su revisión y posterior aprobación, con la finalidad de contribuir al correcto diagnóstico y tratamiento de los trastornos de conducta entre la población infantil que consulta al Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes; siendo su objetivo establecer los criterios técnicos para la realización del diagnóstico y tratamiento de los menores con desórdenes de conducta implementando las buenas prácticas clínicas y maximizar la calidad y eficiencia de los servicios;

Que, mediante Nota Informativa N° 004-2021-OEPE-HVLH/MINSA, emitida por el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, informa que la Guía de Práctica Clínica de Trastorno de Conducta del Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Hospital Víctor Larco Herrera, cumplen con la estructura indicada en el documento Técnico de



"Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", aprobada con Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA;

Que, en consecuencia, por convenir a los intereses funcionales institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario formalizar su aprobación, mediante la emisión del correspondiente acto de administración;

Estando a lo informado por la Jefa del Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Hospital Víctor Larco Herrera; y,

Con el visto bueno de la Jefa del Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente, de la Jefa la Oficina de Asesoría Jurídica, y del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; y,

De conformidad con lo previsto en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**Artículo Primero.- APROBAR** la **GUIA DE PRÁCTICA CLINICA EN SALUD MENTAL: "TRASTORNOS DE CONDUCTA"**, del Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Hospital Víctor Larco Herrera.

**Artículo Segundo.- DISPONER**, que la Oficina de Comunicaciones, efectúe la publicación de la presente Resolución Directoral, en el Portal Institucional del Hospital "Víctor Larco Herrera" ([www.larcoherrera.gob.pe](http://www.larcoherrera.gob.pe))

Regístrese y comuníquese

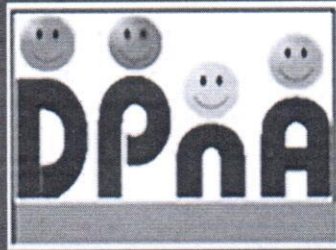
Ministerio de Salud  
Hospital Víctor Larco Herrera

Med. Elizabeth M. Rivera Chávez  
Directora General  
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693

EMRCH/JRCR/MYRV.

**Distribución:**

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Departamento del Niño y Adolescente
- Archivo



**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA  
DEL NIÑO Y ADOLESCENTE  
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA**

**Guía de Práctica Clínica  
en Salud Mental:  
Trastornos de Conducta**



## ÍNDICE

|   | Página |
|---|--------|
| I. FINALIDAD                                    | 1      |
| II. OBJETIVO                                    | 1      |
| III. ÁMBITO DE APLICACIÓN                       | 1      |
| IV. PROCESO A ESTANDARIZAR                      | 1      |
| V. CONSIDERACIONES GENERALES                    | 1      |
| 5.1 Definición                                  |        |
| 5.2 Etiología                                   |        |
| 5.3 Fisiopatología                              |        |
| 5.4 Aspectos epidemiológicos                    |        |
| 5.5 Factores de riesgo asociados                |        |
| VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS                 | 11     |
| 6.1 Cuadro clínico                              |        |
| 6.2 Diagnóstico                                 |        |
| 6.3 Exámenes auxiliares                         |        |
| 6.4 Manejo                                      |        |
| 6.5 Complicaciones                              |        |
| 6.6 Criterios de referencia y contrarreferencia |        |
| 6.7 Flujograma                                  |        |
| VII. ANEXOS                                     | 31     |
| VIII. BIBLIOGRAFÍA                              | 33     |



## GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

### I. FINALIDAD

Contribuir al correcto diagnóstico y tratamiento de los trastornos de conducta entre la población infantil que consulta al Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera.

### II. OBJETIVO

Establecer los criterios técnicos para la realización del diagnóstico y tratamiento de los menores con desórdenes de conducta implementando las buenas prácticas clínicas y maximizando la calidad y eficiencia de los servicios.

### III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía es de aplicación en el Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera.

### IV. PROCESO A ESTANDARIZAR

La guía se refiere a los diagnósticos:  
Trastorno Negativista Desafiante (F 91.3)  
Trastorno de Conducta Disocial (F 91.8)

### V. CONSIDERACIONES GENERALES

#### 5.1 DEFINICIÓN

Los trastornos del comportamiento se manifiestan como problemas de regulación tanto conductual como emocional. El trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta disocial están incluidos dentro de los trastornos del comportamiento. En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) el trastorno negativista desafiante está considerado dentro de los trastornos disociales como trastorno disocial desafiante oposicionista. En el Manual estadístico y de Diagnóstico (DSM V) estos cuadros están considerados dentro de los trastornos disruptivos del control de los impulsos y del comportamiento, denominándose trastorno negativista desafiante al desafiante oposicionista y trastorno de conducta al trastorno de conducta disocial. La diferencia entre ambos trastornos está determinada por el énfasis en los problemas referentes a los dos tipos de autocontrol. En el trastorno de conducta disocial los criterios se centran en el control deficiente de las conductas que violan los derechos de los otros o que violan las normas sociales fundamentales. Muchos de los síntomas conductuales (p. ej., agresión) pueden ser el resultado del control deficiente de emociones como la ira. En el trastorno negativista desafiante, los criterios están más uniformemente distribuidos entre las emociones (ira y enfado) y las conductas (discusión y desafío).



El trastorno de conducta disocial y el trastorno negativista desafiante tienden a iniciarse en la infancia o en la adolescencia. Hay una relación evolutiva entre el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta según la cual, en la mayoría de los casos de trastorno de conducta estos habrían cumplido previamente los criterios de trastorno negativista desafiante, al menos aquellos en los cuales el trastorno de conducta se inicia antes de la adolescencia. Sin embargo, muchos de los síntomas que definen a la mayoría de los niños con trastorno negativista desafiante tienen el riesgo de presentar finalmente otro tipo de problemas, incluido un trastorno depresivo o de ansiedad. Muchos de los síntomas que definen a los trastornos de conducta disocial y al trastorno negativista desafiante pueden suceder hasta cierto grado en personas con desarrollo normal. Es necesario entonces tener en cuenta la frecuencia, la persistencia, el grado de generalización de las situaciones y el deterioro asociado a los comportamientos relacionados con el diagnóstico, según lo que esté determinado para una persona de acuerdo con su edad, género, cultura, para determinar si son o no síntomas de un trastorno<sup>1</sup>.

### **Trastorno negativista desafiante (TND)**

Los dos principales sistemas de clasificación, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5; APA, 2014) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10; OMS, 1993) definen el trastorno negativista desafiante (TND) como un patrón persistente de enfado, irritabilidad y actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano<sup>2</sup>.

Son niños y adolescentes discutidores, desafiantes y provocadores que se enojan con facilidad. A diferencia del trastorno de conducta disocial, no hay violaciones de las leyes ni de los derechos de los demás. Este trastorno interfiere casi siempre en sus relaciones interpersonales, su vida familiar y su rendimiento escolar. Como consecuencias secundarias a estas dificultades, los niños suelen tener baja autoestima, escasa tolerancia a la frustración y depresión<sup>3</sup>.

### **Trastorno de conducta disocial (TCD)**

El trastorno de conducta disocial es un conjunto persistente de comportamientos que evolucionan con el tiempo, se caracteriza por comportamientos contra la sociedad (antisociales) que violan los derechos de otras personas, las normas y las reglas adecuadas para la edad. Estas manifestaciones van unidas a una serie de situaciones familiares sociales y escolares que son las que pueden iniciar o mantener dichas conductas. Es característico el comportamiento agresivo y destructor que se manifiesta tanto hacia las personas como hacia los animales, sin que exista una aparente afectación emocional, la falta de culpa y de empatía. Este comportamiento suele ir unido a amenazas o daño físico. La falsedad y el engaño es otra conducta utilizada para obtener aquello que de otra forma no alcanzaría o para evitar la ejecución de sus responsabilidades u obligaciones. La violación de reglas y de los derechos de los demás es otra característica. Así tenemos, por ejemplo, faltar a clases sin justificación, hacer bromas pesadas, pasar la noche fuera de casa a pesar de la negativa de los padres<sup>4</sup>.



## 5.2 ETIOLOGÍA

### FACTORES INDIVIDUALES

#### Factores genéticos

Según el estudio de Polderman et al el TND tiene una heredabilidad del 61 %. El TND comparte el 50% de sus genes con TCD. Sin embargo, no existe ningún componente único de predisposición genética que no sea compartido por otras psicopatologías. Un estudio basado en la vinculación familiar del trastorno de hiperactividad y déficit de atención (TDAH) y las comorbilidades identificaron fuertes vínculos entre TDAH y TND, TDAH y TCD, TND y TCD. Se obtuvieron resultados de vinculación significativos en 8q24. Otro estudio reciente señaló los loci 2p12 y el gen AVPR1A como asociados significativamente con agresión en la niñez temprana y media, pero necesita ser replicado. En estudios de genes candidatos se encontró que varios polimorfismos de un solo nucleótido del gen GABRA2 están asociados con comportamiento de externalización subclínico. Principalmente los genes del sistema dopaminérgico y serotoninérgico y los genes reguladores de hormonas han sido explorados en busca de asociación con agresión<sup>5</sup>

#### Gen-medio ambiente y epigenética

Un estudio de gemelos del registro de Minnesota mostró que las dimensiones del TND tenían una significativa influencia genética aditiva. La dimensión de la tozudez tuvo influencias ambientales significativas compartidas y no compartidas, mientras que la dimensión de irritabilidad tenía algunos efectos genéticos no aditivos y efectos ambientales no compartidos. Estas dimensiones, ya sea independientemente o en combinación, predicen varios problemas de internalización y externalización en la adolescencia. Compartir el medio ambiente fue el contribuyente más débil. Un metaanálisis reciente mostró que alrededor del 50% de la varianza de TCD proviene de efectos genéticos aditivos. En este estudio, que se unió con el de los componentes ambientales no compartidos, hubo un significativo componente ambiental, por ejemplo, prácticas de crianza o vecindario. Los estudios de interacción gen-ambiente han postulado que la variación genética en los síntomas de conductuales tiene su mayor expresión en entornos menos restrictivos. También predijo una buena respuesta con una mejor y más sensible crianza y una peor respuesta con una mala crianza que un alelo de cuatro repeticiones, que variaba menos con el cambio en la calidad de la crianza. Los estudios de base epigenética se han centrado principalmente en la metilación diferencial en el gen OXTR y los genes de las citocinas. Cecil et al demostraron que la psicopatología materna y el abuso de sustancias aumentaron la metilación en la descendencia en gen OXTR durante el nacimiento. Así también que el exceso de metilación en OXTR predispone a los rasgos insensibles y carentes de emociones en la adolescencia<sup>5</sup>.

#### Factores psicológicos

Se ha asociado con el apego inseguro, así como con los cuidados parentales deficientes. Además, los niños agresivos muestran fallas en el reconocimiento de las claves sociales, tienen una atribución agresiva equivocada sobre las conductas de los pares, lo que genera pocas soluciones a los problemas y tienen la expectativa de ser recompensados por sus respuestas agresivas<sup>6</sup>.

#### Factores temperamentales

Se ha asociado la presencia de TC con algunas variables del temperamento. Algunas de ellas, son: la reactividad, patrón de temperamento consistente en la



elevada respuesta a los estímulos del medio de características disfuncionales, o la escasa cordialidad, que está relacionada con las dificultades en empatizar<sup>7</sup>

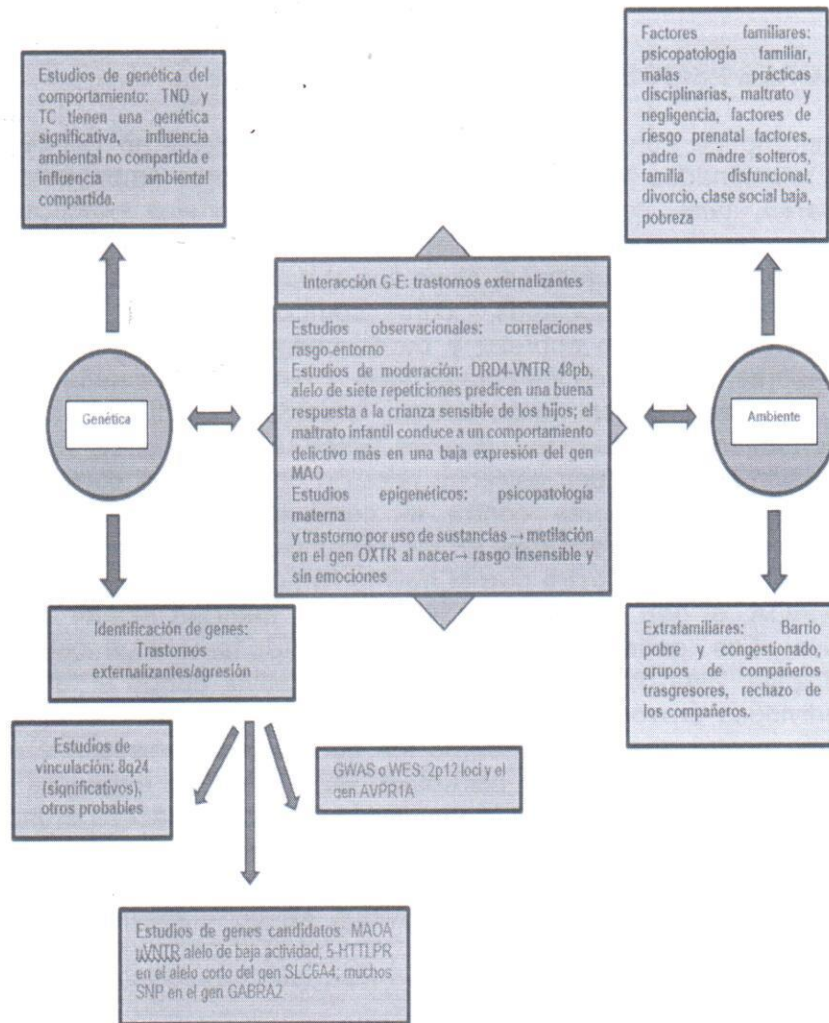
## FACTORES PSICOSOCIALES

El trastorno de conducta disocial, así como el trastorno negativista desafiante están relacionados significativamente con los factores ambientales. Los **factores familiares**, tales como psicopatología familiar, malas prácticas disciplinarias, maltrato y negligencia, factores de riesgo prenatales, padre o madre solteros, disfunción familiar, separación, clase social baja, y la pobreza, se sabe que están significativamente asociados con comportamientos disruptivos. Causas **extrafamiliares**, como pobreza y barrio congestionado, grupos de compañeros trasgresores, rechazo de los compañeros, y factores estresantes importantes de la vida, también tienen importantes efectos negativos sobre el comportamiento de los niños. Buenas **prácticas parentales**, apego a la escuela, supervisión estricta y una estrecha relación de confianza con un adulto confiable son factores protectores contra el comportamiento desviado. Los estudios recientes se han centrado más en las interacciones entre los genes y el ambiente. Un estudio reciente mostró que el polimorfismo da lugar a una baja expresión del gen MAOA, el gen que modera el paso del maltrato infantil al comportamiento delictivo. Los genes y el medio ambiente también mostraron correlación significativa. Esta correlación puede ser evocativa, donde el rasgo hereditario de los individuos provoca una respuesta particular del medio ambiente. Un estudio reciente mostró que el rechazo de los compañeros prosociales era más común hacia un niño con conducta disruptiva. Esto a su vez engendra más conductas desviadas de los niños rechazados. En la correlación activa el individuo busca y elige un entorno particular. Así el niño está predispuesto genéticamente a buscar grupos de compañeros delincuentes. También hay la correlación pasiva donde los genes y el medio ambiente del individuo se correlacionan, ya que los padres proporcionan ambos<sup>5</sup>.





## Etiopatogenia del Trastorno Negativista Desafiante



### Etiopatogenia del TND

**Notas:** Factores genéticos y ambientales compartidos con otros trastornos o rasgos externalizantes y también el papel de la interacción gen-ambiente (G-A) en la patogénesis.

**Abreviaturas:** TND, trastorno negativista desafiante; TC, trastorno de conducta; TUS, trastorno por uso de sustancias;

VNTR, repetición en tándem del número variable ascendente; GWAS, estudio de asociación de genoma amplio; WES, secuenciación completa del exoma; SNPs, polimorfismos de un solo nucleótido

Extraído de Psychology Research and Behavior Management 2017:10

### 5.3 FISIOPATOLOGÍA

Los sujetos con trastornos del comportamiento presentan déficits en el procesamiento de estímulos emocionales, sobre todo la angustia y el miedo. No responden de la forma habitual a los premios y castigos, es decir, al refuerzo positivo y negativo. A veces son conscientes que violan las normas con riesgo a ser castigados, pero les cuesta tomar conciencia que su conducta puede ocasionar daño o perjuicio a un tercero.

Cuando se produce una conducta agresiva conviene distinguir entre:

- La agresividad reactiva, como respuesta a una provocación o frustración, de la agresividad proactiva en busca de una recompensa.



- La agresividad impulsiva, de la premeditada.
- La agresividad emocional, de sangre caliente, de la agresividad instrumental o de sangre fría, que es cuando uno busca un beneficio y aplica la agresividad para conseguirlo.
- El desplazamiento de la agresividad hacia un tercero tras sufrir una situación frustrante, agresiva o no.
- La agresividad sin motivo, por puro placer, sin duda, el más desconcertante.

Las estructuras cerebrales que intervienen sobre los comportamientos prosociales y antisociales son básicamente el sistema límbico, con especial importancia el hipotálamo y la amígdala, y la corteza prefrontal (sobre todo las regiones orbitofrontal y medial) que está bidireccionalmente vinculada con el sistema límbico. Tanto la ansiedad como el miedo activan el sistema límbico. Entre las competencias del lóbulo frontal está la memoria funcional, las funciones ejecutivas, el aplazamiento de la recompensa, la elaboración de planes a largo plazo, la regulación de las emociones y refrenar la impulsividad. De una forma simplista se podría decir que el sistema límbico se encarga de las emociones y la corteza prefrontal de gestionarlas. Ambas se estimulan o se inhiben el uno al otro, colaboran y se coordinan, o discuten y trabajan en propuestas diferentes. No hay que olvidar que el lóbulo frontal es la última región del cerebro en madurar completamente, entre los 20 y 30 años, por lo que muchas veces una decisión tomada por parte del adolescente no habrá sido reflexionada. La testosterona se ha vinculado clásicamente con la agresividad, pero se considera que la agresividad tiene más que ver con el aprendizaje social que con la testosterona. La testosterona aumenta la impulsividad y la asunción de riesgos, pero los efectos de la testosterona son enormemente dependientes del contexto. Un estudio pionero en 1979 mostró que los niveles bajos de serotonina en el cerebro se asociaban con niveles elevados de agresividad de tipo impulsiva. En otro estudio se observó que el incremento de serotonina no reducía la impulsividad en sujetos normales, pero sí en sujetos que eran propensos a ella, como sería el caso de un adolescente con un trastorno de conducta. Otros datos fisiológicos para destacar en individuos con trastornos del comportamiento son: la frecuencia cardíaca en reposo es más lenta; la reactividad de la conductancia de la piel es más baja; y la presencia de una reactividad reducida del cortisol basal<sup>8</sup>.

Estas medidas significan la sensibilidad al estrés de la persona. Si bien los niños con TND severo son conocidos por tener una frecuencia cardíaca basal baja y niveles bajos de cortisol, también se ha observado que la variabilidad entre grupos es muy alta y se cree que la ansiedad es una posible explicación de esa variabilidad. Un estudio exploró esa posibilidad y verificó un grupo de TND/ TCD con ansiedad frente a controles normales y un grupo de TND / TCD sin ansiedad. El estudio también evaluó tres fases de la respuesta al estrés por cortisol: basal (antes del estresor), reactividad (durante el estresor) y recuperación (después del estresor). Mostró que el grupo de TND / TCD sin ansiedad tuvo niveles más bajos de cortisol en la fase basal y en la de reactividad que en los otros dos grupos, pero el grupo de TND /TCD más ansiedad tuvo una fase de recuperación del estrés deteriorada, es decir, tomó más tiempo para que el cortisol regrese a la línea basal después de que el factor estresante se había detenido. Esto también fue respaldado por la investigación sobre el "trastorno de internalización", donde el cortisol basal elevado a la edad de 6 años predijo alta reactividad del cortisol y mala recuperación a la edad de 9/10 años, que a su vez se asoció con trastornos de internalización<sup>5</sup>



## 5.4 EPIDEMIOLOGÍA

EL TND es un trastorno relativamente frecuente en la infancia, las estimaciones de prevalencia varían dependiendo de factores como la fuente de información (p. ej., padre vs. niño), tipo de reporte (p.ej., concurrente vs. retrospectivo), o de si se incluyen o no niños que cumplen los criterios para un trastorno de conducta. El TND es significativamente más frecuente en niños que en niñas. Los síntomas son relativamente estables entre los cinco y diez años, pero tienden a declinar a partir de entonces. El TND se diagnostica con menos frecuencia en niños mayores, en parte para evitar etiquetar como patológica la desavenencia normativa que se produce entre los niños y sus padres durante la adolescencia.

El trastorno negativista desafiante puede presentarse a partir de los 3 años, o iniciar la manifestación de los síntomas a los 8 años. La prevalencia del TND varía del 1 al 11%, con una prevalencia media de cerca del 3.3%. La tasa del TND puede variar dependiendo de la edad y el género del niño. El trastorno parece ser algo más prevalente en niños que en niñas (1.4:1) antes de la adolescencia. Esta predominancia del sexo masculino no se halla de forma sistemática en las muestras de adolescentes o adultos. La prevalencia estará en función de la población estudiada y de los métodos de evaluación<sup>1</sup>

En la población general la prevalencia del TND se estima en aproximadamente del 1 al 16%. Alrededor del 75% de los sujetos con TDAH presentan al menos un trastorno comórbido, siendo el TND el más frecuente<sup>6</sup>. La Encuesta Inglesa de Salud Mental del Niño y Adolescente (Meltzer et al, 2000; Ford et al, 2003) encontró una prevalencia del TND de 4.8% en niños y de 2.1% en niñas, En el grupo etario de 11-15 años el porcentaje fue de 2.8% para los niños y de 1.3% para las niñas. El estudio "Great Smoky Mountains" (Costello et al, 2003) con una prevalencia de tres meses, encontró que el TND en el grupo de 9-16 años era de 3.1% para los niños y de 2.1% para las niñas El estudio "Bergen Child Study" (Munkvold et al, 2009) encontró que en el grupo de 7 a 9 años el porcentaje era de 2.0% para los niños y de 0.9% para niñas<sup>2</sup>. En la revisión que hace Monsalve y col. sobre el TND hace referencia varios estudios sobre prevalencia de este trastorno. Cita a López Villalobos y colegas quienes en 2014 determinan una prevalencia del TND en 5,6%, la prevalencia según el género masculino indica el 6,8%; y el femenino 4,3%, la prevalencia en educación secundaria corresponde al 6,2%; y en educación primaria es del 5,3%. Otros estudios evidencian que el TND es más común en niños que en niñas, la proporción encontrada es de 4:1, por cada cuatro niños diagnosticados una niña presenta el trastorno, lo cual coincide con el estudio de López Villalobos realizado en España. Otro estudio citado es el de Muñoz en el 2003, realizado en Bogotá, el cual encontró que el 59.4% de la población preescolar presentaba TND, de los cuales el 9,4% está relacionado con ansiedad y el 6,3% con depresión<sup>9</sup>.

Torales y col. hacen referencia también a diversos estudios y explica que las variaciones en los porcentajes, 2 a 16 % en TND, podrían ser explicadas por el tipo de encuestas y de las poblaciones estudiadas. Mencionan que en España se encontró una prevalencia de 5,6%, sin diferencias significativas por sexo, edad, grado escolar o condiciones socioeconómicas. Si se considera el compromiso funcional, tal cual se hace en algunas investigaciones, la prevalencia aumenta a 7,5%. En Uruguay, los Trastornos Externalizados se encuentran en el 19% de los niños. De estos el 5,8% de niños escolares entre 6 y 11 años tienen un TND y otro 5,8% tiene un TCD. Estas cifras son similares a las encontradas en el primer estudio epidemiológico a gran escala de salud mental infanto-juvenil realizado en



Paraguay. El medio socioeconómico tiene un peso muy importante, llevando estos datos a 17% en contextos críticos<sup>10</sup>.

La prevalencia del trastorno de conducta disocial se sitúa entre 2-10%, con una media del 4%, y es más frecuente en el varón que en la mujer (5:2). Por tanto, aproximadamente un 9-10% de la población en edad escolar calificaría para el diagnóstico de trastorno de conducta disruptiva<sup>1,8</sup>. Para el TCD, su prevalencia es más elevada en la adolescencia que en la infancia: 3-9% frente al 2%, respectivamente. La diferencia entre hombres y mujeres es del 2-4% y 1-2%, respectivamente. En la adolescencia, la proporción hombres/mujeres es el 5-9% y el 2-5%, siendo la estabilidad de los síntomas mayor en los hombres. Sin embargo, estos índices de prevalencia son bastante variables entre los diversos investigadores. Para Costello y col (2003) la frecuencia del TND sería el 13,4% en varones y el 9,1% en mujeres. La frecuencia del TD se situaría en el 14,1% en hombres y el 3,8% en mujeres<sup>11</sup>. Los hombres superan a las mujeres en la frecuencia y gravedad de las conductas. Los datos sugieren que las causas son las mismas para ambos géneros, pero que los varones presentan más trastornos de conducta porque experimentan más factores de riesgo a nivel individual (p.ej., hiperactividad, retrasos en el neurodesarrollo). Sin embargo, en los últimos años ha habido un aumento del número de niñas que requieren tratamiento por su conducta antisocial<sup>12</sup>. La tasa reportada del TCD en muestras comunitarias varía de entre 1.5 a 3.4%. Esta alteración es cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres; en las muestras clínicas se presenta con una alta comorbilidad tanto de padecimientos externalizados como internalizados<sup>6</sup>. En Uruguay, los Trastornos Externalizados se encuentran en el 19% de los niños, si se considera un corte clínico y de riesgo combinado. De este grupo el 5.8% de niños escolares entre 6 y 11 años tenían un TND, y otro 5.8% tenían un TCD. El medio socioeconómico tiene un peso muy importante llevando estos datos al 17% en contextos críticos<sup>10</sup>. El estudio epidemiológico de Flora de la Barra y col. realizado en Chile muestra el TND con un porcentaje total de 5,2%, siendo de 4.5% en varones y 5.9% en mujeres, mientras que el TCD representó un porcentaje total de 1.9%, del cual el 2.7% correspondió a los varones y el 1.0% a las mujeres<sup>13</sup>.

En nuestro país el estudio de Toledo, realizado en el Hospital Hermilio Valdizán, encontró que durante el período del 2002 al 2005, el trastorno disocial representó un 2% (164) de la población de adolescentes de 13 a 17 años que fueron atendidos en consulta externa<sup>14</sup>. En el estudio realizado en el Hospital Víctor Larco Herrera, Carazas y Castro encontraron que el trastorno disocial en el grupo etario de 13 a 17 años ocupó el primer lugar de la atención de consulta externa con un 21.9%<sup>15</sup>. En el Estudio Epidemiológico de Lima Metropolitana y Callao 2007, el trastorno clínico más frecuente, en el grupo etario de niños de 6 a 10 años fue el trastorno de conducta, siendo 11,6% en niños y 7,8% en las niñas, seguido del trastorno negativista desafiante con 10,1% en niños y 7,3 % en niñas. En este mismo estudio en adolescentes de 11 a 18 años se encontró que el trastorno de conducta en varones representaba un 6.6% y en mujeres un 4.7%. En el trastorno negativista desafiante el porcentaje en varones fue de 6,4% y el de mujeres fue de 9.9%<sup>16</sup>. Otro estudio en nuestro país, realizado en escolares del distrito de Trujillo encontró que la prevalencia del TCD era del 7.169%<sup>17</sup>.



## COMORBILIDAD

### Trastorno negativista desafiante

Las tasas del TND son mucho mayores en las muestras de niños, adolescentes y adultos con TDAH, esto puede deberse a la presencia de factores de riesgo temperamentales comunes. El TND a menudo precede también al TCD, esto al parecer es más frecuente en los niños de subtipo de inicio infantil. El tener un TND representa un mayor riesgo para presentar también un trastorno de ansiedad y un trastorno depresivo mayor. Esto parece relacionarse con los síntomas de enfado/irritabilidad característicos del TND. También está asociado a una mayor tasa de consumo de sustancias, aunque no está claro si esta asociación es independiente de la comorbilidad con el TDC<sup>1</sup>.

### Trastorno de conducta

Tanto el TDAH como el TND son frecuentes en los trastornos de conducta y esta presentación comórbida predice los peores resultados. El trastorno de conducta puede ser concurrente con uno o más de los siguientes trastornos mentales: trastorno específico del aprendizaje, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y bipolar y trastornos por consumo de sustancias. Los logros académicos, particularmente en la lectura y otras habilidades verbales, a menudo están por debajo de del nivel esperado para la edad y la inteligencia, lo cual puede justificar el diagnóstico adicional de trastorno específico del aprendizaje o trastorno de la comunicación<sup>1</sup>.

## 5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS <sup>7,8</sup>

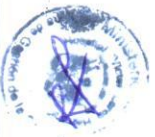
Los factores de riesgo pueden actuar como factores predisponentes, precipitantes o como factores que perpetúen la conducta. Podemos considerar los siguientes:

**Circunstancias de la concepción, embarazo y perinatales:** Embarazo en la adolescencia, hijos no deseados, hijos concebidos en violaciones, embarazo de riesgo médico, enfermedades graves de la madre o el feto, conductas y situaciones de riesgo prenatal, como el consumo de drogas y los problemas laborales y ambientales durante el embarazo, prematuridad y sufrimiento fetal.

**Características de la familia:** padres muy jóvenes o mayores, conflictos graves y crónicos de pareja, familias monoparentales, enfermedades crónicas, invalidantes o graves en varios miembros de la familia y presencia de trastornos psiquiátricos severos, entre los que cabe destacar: los trastornos delirantes y la esquizofrenia, trastornos depresivos mayores, intentos de suicidio, trastornos graves de personalidad y abuso de drogas. Padres con conductas delincuenciales y consumidores de tóxicos.

**Situaciones traumáticas puntuales:** tales como: muerte de uno de los padres o un hermano, separación de los padres u hospitalización prolongada. En definitiva, cualquier cambio importante en el entorno del niño.

**Factores relacionados con los patrones educativos familiares:** Crianza inconsistente o negligente, de trato severo, con pocas o nulas muestras de afecto, falta de contacto afectivo y lúdico. Padres con importantes problemas de tolerancia a las crisis de la infancia y adolescencia, padres que no aceptan la autonomía progresiva de sus hijos o choques relacionales destructivos o con violencia reiterados entre un progenitor y el hijo.



**Circunstancias socioeconómicas adversas de la familia:** Estatus socioeconómico bajo, vivir en un barrio expuesto a la violencia, familias aisladas socialmente, cambios de residencia repetidos o paro sin subsidio de varios miembros de la familia. También influyen las variables culturales

**Temperamento:** Temperamento con problemas de regulación emocional, como la baja tolerancia a la frustración o niveles altos de reactividad emocional  
Temperamento con falta de empatía y culpa, con una menor capacidad de respuesta emocional a los sentimientos o señales de los demás, y sin respuesta positiva a los castigos aplicados

**Bajo cociente intelectual (CI), sobre todo a nivel del CI verbal.** Este factor, el bajo CI, no suele observarse en los sujetos con emociones prosociales limitadas o insensibilidad emocional.

**Antecedentes de trastornos mentales en el niño:** trastornos de la alimentación, como: anorexia, bulimia, dietas restrictivas y ritualizadas. Trastornos de ansiedad: presencia de fobias, obsesiones y compulsiones, crisis de angustia.

**Manifestaciones somáticas de trastornos emocionales:** existencia de quejas sobre dolor de cabeza, cefaleas, dolores abdominales, náuseas y vómitos. Otros cuadros psiquiátricos definidos: depresión, ideas de suicidio, drogodependencia y/o abusos de drogas, presencia de alucinaciones delirios.

**Problemas con la justicia:** adolescentes con medidas judiciales, delincuencia y contactos repetidos con la fiscalía de menores.

Ninguna de estas características, ni otras recogidas en otros estudios, son, por sí mismas, predictoras del desarrollo presente o futuro de un trastorno de conducta, pues también existen factores personales y sociales que pueden hacer que la evolución sea favorable. Por último, reseñar que la acumulación de factores de riesgo incrementa la probabilidad de aparición de trastornos de conducta.

## VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

### 6.1 CUADRO CLÍNICO

#### **Trastorno negativista desafiante (TND)**

Los elementos centrales del TND son, justamente, el desafío y el negativismo. Se debe tener en cuenta que, de acuerdo con la etapa del desarrollo del niño, el negativismo y la conducta desafiante, no son necesariamente sinónimos de patología. Cumplen un rol fundamental en la evolución del individuo, al ir adquiriendo una mayor autonomía. La patología surge cuando es la forma única de manifestarse en distintas situaciones y encuadres y es francamente mayor que en otro individuo de la misma edad, sexo y cultura<sup>10</sup>.

En este trastorno los niños presentan una sintomatología consistente en un patrón de conducta identificado con actitud desafiante/discutidor/testarudo, enfado/irritabilidad y vengativo/hiriente, durante por lo menos 6 meses y que se manifiesta en la interacción con al menos un individuo que no sea un hermano. Puede incluir: la pérdida de la calma, la tendencia a sentirse molesto, la presencia de enfados y discusiones con figuras de autoridad, como padres o profesores, el desafío o molestar deliberadamente a los demás. También, se puede observar tendencia a la venganza o rencor. Esos síntomas deben ser clínicamente significativos; es decir, que produzcan malestar en la persona o los que lo rodean y no se justifiquen por la presencia de un trastorno mental que los desencadena<sup>7</sup>.



### Trastorno de conducta disocial (TCD)

En el TCD los síntomas se caracterizan por una violación y vulneración de los derechos de las otras personas, así como las normas de convivencia y/o reglas socialmente aceptadas para su edad, siendo estos comportamientos inmanejables por personas cercanas al individuo sintomático. Lo cual provoca un deterioro progresivo y significativo en el ámbito interpersonal, relacional y laboral. Hay que prestar especial atención a las agresiones a personas y animales (violencia, uso de armas, tortura...), destrucción de la propiedad y provocación de incendios, robo o fraudulencia (sin comportamientos agresivos) y violaciones graves de las normas. Se producen con frecuencia actos agresivos que molestan a otras personas. Además, hay que señalar que causan dolor y sufrimiento a los demás, así como estilos de vida empobrecidos en quienes lo padecen<sup>7</sup>.

#### Tipos de trastorno disocial según la edad de inicio:

**Inicio infantil:** En el que se inician al menos una de las características del criterio de trastorno disocial antes de los 10 años.

**Inicio adolescente:** En el que hay ausencia de cualquier característica del criterio antes de los 10 años<sup>18</sup>.

#### Según la gravedad del trastorno:

**Leve:** Pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y sólo causan daños mínimos a otros.

**Moderado:** El número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre leves y graves.

**Grave:** Varios problemas de comportamiento exceden los requeridos para establecer el diagnóstico o causan daños considerables a otros.

En el trastorno conducta disocial se pueden presentar los **comportamientos abiertos** que pueden ir desde la agresión menor hasta la lucha física y la violencia. Los **comportamientos de tipo encubierto**, que aparecen antes de los 15 años, van desde conductas reactivas, hurtos, fraudes, hasta el daño a la propiedad (incendios, vandalismo), y luego a formas más serias de delincuencia en los que no hay confrontación. Los **comportamientos de conflicto con la autoridad** aparecen antes de los 12 años y van desde un comportamiento testarudo, hasta la provocación y desafío a la autoridad<sup>18</sup>.

## 6.2 DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

El diagnóstico se basa en la clínica. No existen pruebas complementarias que permitan establecer el diagnóstico, aunque algunos instrumentos como las pruebas y los cuestionarios pueden ayudar en el proceso. Para establecer el diagnóstico del TND o TCD, es necesario que los síntomas cumplan ciertos criterios diagnósticos, los cuales están establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5; APA, 2014) y en la Clasificación Estadística internacional De Enfermedades y Problemas relacionados con la salud, Décima Revisión<sup>7</sup>.

### TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

#### Criterios diagnósticos

El trastorno negativista desafiante (TND), se caracteriza por presentar un patrón recurrente de conducta hostil, desafiante y desobediente ante padres y figuras de autoridad. El inicio del trastorno se da durante la infancia y está caracterizado por la dificultad en el desarrollo social, emocional y académico, al igual que en el



ámbito familiar<sup>9</sup>. El DSM-V, incluye el trastorno negativista desafiante dentro de los trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta, el cual se caracteriza por presentar un patrón de enfado, actitud desafiante o vengativa, que dura por lo menos seis meses<sup>1</sup> (Tabla 1). En la CIE-10 es denominado trastorno disocial desafiante y está considerado dentro de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia. Se caracteriza por la presencia de comportamientos desobedientes, provocadores y agresivos ante figuras de autoridad<sup>19</sup> (Tabla 2)

**Tabla 1. Criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno negativista desafiante**

|   |
|---|
| A. Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos 6 meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano          |
| <b>Enfado/irritabilidad</b>   |
| 1.A menudo pierde la calma  |
| 2.A menudo está susceptible o se molesta con facilidad  |
| 3.A menudo está enfadado o resentido  |
| <b>Discusiones/actitud desafiante</b>   |
| 4.Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes   |
| 5.A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas  |
| 6.A menudo molesta a los demás deliberadamente  |
| 7.A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento  |
| <b>Vengativo</b>  |
| 8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses   |
| B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo), o tiene un impacto negativo en las áreas: social, educativa, profesional y otras importantes                       |
| C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de: un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo                                  |
| Especificar la gravedad actual:   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Leve: los síntomas se limitan a un entorno (p. ej.: en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros)</li> <li>○ Moderado: algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos</li> <li>○ Grave: algunos síntomas aparecen en tres o más entornos</li> </ul> |

**Tabla 2 Criterios diagnósticos CIE-10 para el trastorno negativista desafiante**

|   |
|---|
| Se caracteriza por: -   |
| -Comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocador y subversivo, que está claramente fuera de los límites normales del comportamiento de los niños de la misma edad y contexto sociocultural. |
| - Tienen frecuentemente a oponerse activamente a las peticiones o reglas de los adultos y a molestar deliberadamente a otras personas.  |
| Suelen tender a sentirse enojados, resentidos y fácilmente irritados por aquellas personas que les culpan por sus propios errores o dificultades  |
| Generalmente tienen una baja tolerancia a la frustración y pierden el control fácilmente. -   |
| Sus desafíos se dan en forma de provocaciones que dan lugar a enfrentamientos.  |





## TRASTORNO DISOCIAL

### Criterios diagnósticos

El trastorno de conducta disocial, como se ha indicado anteriormente, la CIE 10 lo considera dentro de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia, como una categoría única que incluye el trastorno disocial limitado al contexto familiar en niños socializados, en niños no socializados, y donde incluye lo que denomina "trastorno disocial desafiante y opositor". La DSM-V lo considera dentro de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, denominándolo trastorno de conducta.

**Tabla 3 Criterios diagnósticos CIE-10 para del trastorno de conducta disocial**

G 1. Patrón de conducta repetitivo y persistente que conlleva la violación de los derechos básicos de los demás o de las normas sociales básicas apropiadas a la edad del paciente. La duración debe ser de al menos seis meses, durante los cuales algunos de los siguientes síntomas están presentes (véanse las subcategorías particulares para los requerimientos en cuanto al número de síntomas).  
Nota: los síntomas 11, 13, 15, 16, 20, 21, Y 23 necesitan que se produzcan sólo una vez para que se cumpla el criterio

El individuo presenta:

1. I. Rabietas excepcionalmente frecuentes y graves para la edad y el desarrollo del niño.
2. Frecuentes discusiones con los adultos.
3. Desafíos graves y frecuentes a los requerimientos y órdenes de los adultos.
4. A menudo hace cosas para molestar a otras personas de forma aparentemente deliberada.
5. Con frecuencia culpa a otros de sus faltas o de su mala conducta.
6. Es quisquilloso y se molesta fácilmente con los demás.
7. A menudo está enfadado o resentido.
8. A menudo es rencoroso y vengativo.
9. Miente con frecuencia y rompe promesas para obtener beneficios y favores o para eludir sus obligaciones.
10. Inicia con frecuencia peleas físicas (sin incluir peleas con sus hermanos).
10. Ha usado alguna vez un arma que puede causar serios daños físicos a otros (p. ej., bates, ladrillos, botellas rotas, cuchillos, arma de fuego).
11. A menudo permanece fuera de casa por la noche a pesar de la prohibición paterna (desde antes de los trece años).
12. Crueldad física con otras personas (p. ej., ata, corta o quema a sus víctimas).
13. Crueldad física con los animales.
14. Destrucción deliberada de la propiedad ajena (diferente a la provocación de incendios).
15. Incendios deliberados con la intención de provocar serios daños.
16. Robos de objetos de un valor significativo sin enfrentarse a la víctima, bien en el hogar o fuera de él (p. ej., en tiendas, casas ajenas, falsificaciones).
17. Ausencias reiteradas al colegio, que comienzan antes de los trece años.
18. Abandono del hogar al menos en dos ocasiones o en una ocasión durante más de una noche (a no ser que esté encaminado a evitar abusos físicos o sexuales).
19. Cualquier episodio de delito violento o que implique enfrentamiento con la víctima (p.ej "tirones", atracos, extorsión)
20. Forzar a otra persona a tener relaciones sexuales.
21. Intimidaciones frecuentes a otras personas (p. ej., infligir dolor o daño deliberados, incluyendo intimidación persistente, abusos deshonestos o torturas).
22. Intimidaciones frecuentes a otras personas (p. ej., infligir dolor o daño deliberados, incluyendo intimidación persistente, abusos deshonestos o torturas).
23. Allanamiento de morada o del vehículo de otros.

G2. El trastorno no cumple criterios para trastorno disocial de personalidad (F60.2), esquizofrenia (F20.-), episodio maníaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-), trastorno generalizado del desarrollo (F84.-) o trastorno hiperactivo (F90.-) [si se cumplen los criterios para trastorno de las emociones (F93.-) el diagnóstico deberá ser de trastorno mixto disocial y de las emociones F92.-].

Se recomienda especificar la edad de comienzo:

- De inicio en la infancia: Al menos un síntoma disocial comienza antes de los diez años.
- De inicio en la adolescencia: No se presentan síntomas disociales antes de los diez años.



**Tabla 4 Criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno de conducta**

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

**Agresión a personas y animales**

1. A menudo acosa, amenaza o intimida a otros
2. A menudo inicia peleas
3. Ha usado un arma que puede causar serios daños a terceros (p. ej.: un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma)
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales
6. Ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej.: atraco, robo de un monedero, extorsión, robo a mano armada)
7. Ha violado sexualmente a alguien

**Destrucción de la propiedad**

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio de fuego) Engaño o robo
10. Ha invadido, la casa, edificio o automóvil de otra persona
11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej., "engaña" a otras personas)
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión, falsificación)

**Incumplimiento grave de las normas**

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años
14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso, mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.
15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años

B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas del funcionamiento social, académica o laboral

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

**Especificar si:**

- Tipo de inicio infantil: los individuos muestran por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años
- Tipo de inicio adolescente: los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno de la conducta antes de cumplir los 10 años
- Tipo de inicio no especificado: se cumplen los criterios del trastorno de conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE**

Debe hacerse el diagnóstico diferencial del TND con los siguientes trastornos<sup>1</sup>:

**Trastorno de conducta:** Los comportamientos del TND son claramente de naturaleza menos grave que los trastornos de conducta y no incluyen la agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad, ni un patrón de robos o engaños. Además, en el trastorno de conducta no se incluyen los problemas de desregulación emocional como en el TND (enfado e irritabilidad).

**Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad:** Este trastorno es a menudo comórbido con el TND, para hacer la diferenciación hay que determinar si el incumplimiento de las peticiones que se hace el individuo no se da únicamente en situaciones que demanden esfuerzo y atención continuos, o que el individuo permanezca quieto.

**Trastornos depresivo y bipolar:** Por la presentación de síntomas negativos e irritabilidad en estos diagnósticos no debería hacerse un diagnóstico de TND durante el curso de un trastorno del ánimo.



**Trastorno de desregulación disruptiva perturbador del estado de ánimo:** En este trastorno la intensidad, frecuencia y cronicidad de los arrebatos son más graves que en los que tienen el TND.

**Trastorno explosivo intermitente:** Este trastorno conlleva un alto grado de ira y niveles elevados de agresividad hacia los demás, lo cual no es parte de la definición de TND.

**Discapacidad intelectual:** En este caso el diagnóstico de TND sólo se hará si el comportamiento negativista es marcadamente mayor que el observado normalmente en individuos con una edad mental y discapacidad intelectual similares.

**Trastorno del lenguaje:** El TND debe distinguirse también de la falta de seguimiento de instrucciones debido a un deterioro en la comprensión del lenguaje (p. ej., la pérdida auditiva)

**Trastorno de ansiedad social:** En este trastorno debe distinguirse la actitud desafiante del TND de la relacionada con el miedo a la evaluación negativa en la ansiedad social.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO DE CONDUCTA DISOCIAL

Debe hacerse el diagnóstico diferencial del TCD con los siguientes trastornos<sup>1</sup>:

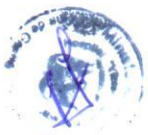
**Trastorno negativista desafiante:** La gravedad de la conducta, la agresión a personas o animales, la destrucción de la propiedad, los robos y engaños se dan no están presentes en el TND. Así como los problemas de desregulación emocional no están incluidos en la definición del trastorno de conducta. Si se cumplen los criterios de ambos trastornos se pueden dar a la vez los dos diagnósticos.

**Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad:** En el TDAH el comportamiento impulsivo e hiperactivo no vulnera por sí mismo las normas sociales o los derechos de otros, por lo que no suelen cumplir los criterios para el trastorno de conducta disocial.

**Trastornos depresivo y bipolar:** La irritabilidad, la agresión y los problemas de conducta se pueden presentar en niños o adolescentes con trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar o trastorno de desregulación disruptiva emocional- Los problemas de conducta en estos trastornos normalmente son diferenciables de los presentados en el trastorno de conducta disocial, en el cual los problemas de conducta se presentaron durante períodos en los que no hay una alteración del estado de ánimo.

**Trastorno explosivo intermitente:** En este trastorno al igual que en el trastorno de conducta disocial existe un alto grado de agresividad. Sin embargo, en el trastorno explosivo intermitente las agresiones son de tipo impulsivas, no premeditadas y no se realizan con la intención de obtener un beneficio. Además, en el trastorno explosivo intermitente no se dan los síntomas no agresivos del trastorno de conducta disocial.

**Trastorno de adaptación:** En este trastorno (con alteración de la conducta o con trastorno mixto de las emociones y la conducta), hay una clara asociación entre los problemas de conducta clínicamente significativos y el inicio de un factor estresante psicosocial y no se resuelven dentro de los seis meses después que cesa el factor estresante (o sus consecuencias). El trastorno de conducta disocial solamente se diagnostica si el patrón de conducta es repetitivo y persistente, causando deterioro en áreas de funcionamiento académico, social o laboral.



### 6.3 EXÁMENES AUXILIARES

La evaluación clínica de los trastornos de comportamiento mediante la administración de instrumentos estandarizados -entrevistas, escalas, cuestionarios, autoinformes- con un carácter psicométrico, ayudan y apoyan la valoración diagnóstica, así como la elección terapéutica y su eficacia. La evaluación por medio de escalas y cuestionarios pretende apoyar el diagnóstico, sobre todo en aquellos casos en los que es muy relevante la información que el paciente, o personas de su entorno, puedan aportar por ser diagnósticos basados, sobre todo, en inferencias de los datos de la historia clínica. Estas medidas también pueden ser de utilidad para valorar el resultado terapéutico siguiendo sus avances y retrocesos. Sólo algunas de ellas aportan datos pronósticos<sup>20</sup>.

Las entrevistas pueden ser de dos tipos, entrevistas clínicas y entrevistas estructuradas o semiestructuradas. La entrevista clínica es fundamental en la obtención de datos de la biografía del paciente, relevantes en la etiopatogenia y clínica. Las conductas que expresan agresividad abierta son mejor informadas por los adultos, mientras que las encubiertas lo son para los pacientes. La relación que se observa entre los miembros de la familia apunta ya hacia relaciones problemáticas entre ellas. Las entrevistas estructuradas más utilizadas en los trastornos de conducta son:

- Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC), Shaffer & cols. (1991)
- Diagnostic Interview for Children and Adolescent (DICA), Boyle & cols (1993), Herjanic & Reich (1982), Reich Welner (1988)<sup>21</sup>

#### Escalas de evaluación de los Trastornos de conducta<sup>21</sup> (TC)

##### A. Escalas Generales:

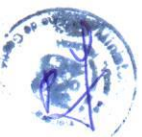
- Child Behavior Checklist (CBCL), Achenbach & Edelbrock (1983): Se utiliza para valorar psicopatología. Contiene dos partes: la primera permite valorar habilidades o competencias deportivas, sociales y académicas. La segunda está formada por un listado de 113 ítems con 3 opciones de respuesta (0=nunca o casi nunca, 1= a veces cierto, 2= cierto muy a menudo). Los padres informan de los principales problemas de conducta y afectivos de los niños de 6 a 18 años.

Los ítems se agrupan en ocho escalas derivadas de análisis factorial: ansiedad/depresión, retraimiento/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper normas, y conducta agresiva. Además, los ítems también pueden agruparse en 3 dimensiones superiores: escala interiorizada, escala exteriorizada y total.

- Escalas de Conners para padres y profesores: Ayudan a valorar el comportamiento, atención, hiperactividad y aprendizaje. Las escalas de Conners son las más utilizadas para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y de problemas de conducta en la infancia.

##### B. Escalas de Trastornos de comportamiento (TC):

- Revised Behaviour Problem Checklist (RBPC), Quay & Petersen (1983): 89 ítems; 6 factores, dos de ellos se relacionan con comportamientos agresivos, trastorno del comportamiento y agresión socializada. Las escalas para maestros del factor trastorno del comportamiento correlacionan significativamente con la de agresión referida (propuesta) por los compañeros y con las observaciones de agresión iniciada en las interacciones con los pares. Discrimina significativamente entre niños remitidos y no remitidos a consulta. A diferencia de las escalas de Conners para padres la RBPC no predice respuestas al tratamiento.



- Achenbach-Conners-Quay Questionnaire (ACQ): Evalúa dimensiones de alteraciones emocionales y de comportamiento en niños y adolescentes. 216 ítems sobre problemas de comportamiento; 23 sobre competencias; 8 factores derivados empíricamente, 2 de ellos sobre comportamiento agresivo. Achenbach & cols. denominan a estos factores: conducta agresiva y conducta delincuente Buena fiabilidad test-retest e interexaminadores. Buena validez concurrente. Discrimina significativamente entre poblaciones clínicas y no clínicas. De elección cuando se necesita evaluar de la forma más amplia serie de problemas y competencias.
  - The Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI, Eyberg & Soss, 1978): 36 ítems; escalas de frecuencia de presentación y sí/no de concurrencia de problemas; de 2-a 16 años. Única escala diseñada para TC (Wells, 1995). Recoge, ante todo, formas de comportamientos agresivos abiertos. La brevedad de la escala no permite la inclusión de algunas conductas significativas. Discriminan pacientes con TC respecto de otros síntomas y son sensibles a la modificación terapéutica.
  - New York Teacher's Rating Scale for Disruptive and Antisocial Behavior (Miller, 1995). Quizá sea la escala que abarca la más amplia cobertura a los problemas por externalización que se presentan en los escolares.
- C. Escalas de áreas específicas:
- Self-control Rating Scale (Kendall & Wilcox, 1979; Kendall & Braswell, 1982). Evalúan un estrecho rango de conductas asociadas con el autocontrol y puede ser útil para planificar intervenciones.
  - Self-Report Delinquency Scale (SRD, Elliot & Huzinga, 1985 y Ageton, 1980). Utilizada en el National Youth Survey. Es probablemente la medida, como autoinforme, más utilizada en los comportamientos disociales de los jóvenes. Consta de 47 ítems, evalúa sujetos de 11 a 19 años. Se utilizó primero como instrumento epidemiológico en población general, posteriormente pasó a utilizarse en muestras clínicas. Evalúa también el resultado del tratamiento. Los niveles de comportamiento disocial previos al tratamiento evaluados con SRD fueron predictivos de las escalas para maestros del seguimiento de los trastornos de conducta tratados con terapia cognitivo-conductual.
- D. Otras de las escalas de las escalas más aplicadas son:
- BASC (Behavior assessment system for children): Sistema de evaluación multidimensional que tiene como objetivo la evaluación de varias dimensiones adaptativas (como liderazgo y autoestima) y la posible presencia de patologías (como problemas de personalidad y conducta o trastornos emocionales) Los atributos positivos pueden utilizarse en el proceso de tratamiento. Comprende diferentes escalas para padres, maestros y autoinformes, diferenciándolos por edades. Existe una escala para niños prescolares en edades comprendidas entre los 4 y 5 años, en edades escolares entre los 6 y 11 años y para adolescentes entre los 12 y 18 años. Entre los 4 y 5 años hay cuestionarios para padres y maestros. En edades escolares y adolescentes entre los 6 y 18 años hay cuestionarios para padres y maestros y a partir de los 8 años se incluye el autoinforme<sup>20</sup>.

**Examen físico y exploraciones complementarias:** Si bien no se disponen de pruebas de laboratorio ni marcadores biológicos que puedan utilizarse como medio para la detección rutinaria de trastornos de la conducta, sí puede estar indicado el realizar un despistaje orgánico, sobre todo si no existen factores de riesgo evidentes en la evaluación y el inicio de los problemas comportamentales es muy agudo y severo. Se debe descartar patología médica y neurológica (como actividad



epiléptica), así como la presencia de déficit auditivos o visuales, y realizar una analítica de orina para valorar el posible abuso de tóxicos<sup>22</sup>

#### 6.4 MANEJO

El tratamiento de los trastornos del comportamiento requiere de la intervención de diferentes modalidades terapéuticas. La existencia de múltiples factores hace difícil la intervención, sin embargo, cuanto más temprana sea la intervención mejor será la evolución. Es frecuente también la presencia de comorbilidad siendo determinante prestar atención y tratamiento a dicha comorbilidad.

#### PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO

Se deben tener en cuenta los siguientes principios<sup>12</sup>:

- a) **Involucrar a la familia:** La mayoría de las familias que asisten a un servicio de salud mental temen ser juzgadas como malas y, posiblemente, desequilibradas. Las familias de niños con trastornos de conducta tienden a ser desorganizadas y desfavorecidas, de haber tenido problemas con instituciones como la escuela. Las tasas de abandono del tratamiento en estas familias son altas, hasta un 60%. Es especialmente importante establecer una buena alianza con la familia. Mostrar a los padres que el terapeuta comprende claramente su punto de vista puede favorecer a una mayor asistencia a las sesiones. La calidad de la alianza entre el terapeuta y la familia influye en el éxito del tratamiento.
- b) **Seleccionar el tipo de tratamiento a utilizar y quién debe suministrarlo** Si es posible, las intervenciones deben abordar específicamente cada contexto, en lugar de suponer que un tratamiento exitoso en un área se generalizará a otras. Por ejemplo, la mejoría de la conducta en el hogar como resultado de un exitoso programa de entrenamiento para padres no conducirá necesariamente a una disminución de la conducta antisocial en la escuela. Si el comportamiento en el aula es un problema, asesorar los educadores y al personal de la escuela puede ser muy efectivo. Cuando existen problemas generalizados, como peleas con los compañeros, es necesario añadir una terapia individual centrada en el manejo de la ira y en las habilidades sociales.
- c) **Desarrollar fortalezas:** La identificación de las fortalezas del niño y de la familia., favorece el que la familia y el terapeuta trabajen juntos y aumenta la probabilidad de que el tratamiento sea efectivo. Fomentar las habilidades que tiene el niño favorece que éste pase más tiempo comportándose constructivamente que destructivamente – p.ej., más tiempo jugando fútbol es menos tiempo deambulando en las calles en busca de problemas. Fomentar las actividades prosociales – por ejemplo, dibujar o tocar un instrumento– también aumenta la sensación de logro, la autoestima y la esperanza en el futuro.
- d) **Tratar los trastornos comórbidos:** En las derivaciones clínicas, la comorbilidad es la regla y no la excepción. Entre las comorbilidades frecuentes se incluyen la depresión y el TDAH, y algunos tendrán un trastorno de estrés postraumático, por ejemplo, en el contexto de la violencia infligida por un padre, o como testigos de palizas recibidas por la madre por parte de su pareja.
- e) **Promover el aprendizaje social y escolar:** No se trata de conseguir sólo la disminución de las conductas antisociales sino también de enseñar las conductas positivas. Por lo tanto, eliminar las rabietas y las explosiones agresivas, aunque es útil, no conducirá a un buen funcionamiento si el niño carece de la capacidad de hacer amigos o de negociar. Es necesario también tratar las dificultades específicas del aprendizaje, como el retraso en la lectura



- (que es particularmente común en estos niños), al igual que dificultades más generales como la planificación de las tareas.
- f) **Usar guías de recomendaciones:** La Asociación Americana de Psiquiatría del Niño y el Adolescente ha publicado parámetros de prácticas sensatas para la evaluación y tratamiento del trastorno de conducta (AACAP 1997). Así mismo, el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) publicó una "evaluación tecnológica" de la efectividad clínica y la rentabilidad de los programas de entrenamiento para padres (2006) y una guía sobre la evaluación y el tratamiento de los trastornos de la conducta (NICE, 2017).
- g) **Tratar al niño en su ambiente natural:** La mayoría de las intervenciones están dirigidas a pacientes ambulatorios o comunitarios. Rara vez es necesaria la hospitalización psiquiátrica, y no existe evidencia de que el tratamiento hospitalario conduzca a beneficios que se mantienen después de que el niño es devuelto a su familia.

Se recomiendan las siguientes intervenciones<sup>22</sup>:

**Intervenciones familiares:** Van a tener como objetivo mejorar el estilo de crianza, aprendiendo a poner límites y adquiriendo un estilo no permisivo ni excesivamente crítico. Es importante tratar la psicopatología parental y los conflictos de pareja de forma paralela.

**Intervenciones individuales:** Van a incluir la terapia cognitivo-conductual, la terapia motivacional y el tratamiento farmacológico en el caso de ser necesario.

**Intervenciones en el entorno escolar**

**Intervenciones con el grupo de iguales y las actividades de tiempo libre.**

En la etapa preescolar las intervenciones se van a centrar en un abordaje familiar y en estimular el inicio de la escolarización para que sea exitoso. En la edad escolar es eficaz la introducción de un abordaje individual conductual y comenzar a trabajar las habilidades sociales y el buen progreso académico. En la etapa adolescente, además de la importancia de conseguir una buena relación terapéutica con estos adolescentes, la terapia individual cognitivo-conductual y la terapia motivacional son las más efectivas. Estas intervenciones van a tener como objetivo el mejorar las habilidades sociales, la resolución de conflictos, el control de los impulsos y potenciar actividades positivas tanto en el entorno escolar como el de ocio. Se consideran más efectivas las intervenciones con la familia que con el adolescente. Lo ideal es que la intervención se realice en el entorno donde se desarrollan las conductas inadecuadas para así trabajarlas in situ.

Las diferentes terapias recomendadas son<sup>8</sup>:

**Entrenamiento a padres.** Se busca mejorar las habilidades parentales positivas, potenciar las habilidades de resolución de conflictos. Se les enseña a los padres a mejorar la comunicación con el hijo, sus métodos de disciplina y el manejo de la conducta de su hijo. El objetivo principal es mejorar las habilidades de crianza de los padres para que sea más cálida, coherente y consistente, evitando la agresividad y la falta de muestras de afecto, lo que a su vez mejorará la relación afectiva con el hijo. Existen diferentes programas estructurados siendo los más conocidos: Los años increíbles, Programa de Parentalidad Positiva (Triple P), y Nonviolent Resistance

**Terapia de interacción entre padres e hijos.:** Se trabaja juntamente con los padres y el niño, siendo más beneficioso en niños más pequeños y con TND.

**Terapia familiar multisistémica:** Es una terapia orientada a la familia e implementada en el hogar con una duración aproximada de 4 meses. Se utiliza sobre todo en adolescentes, tanto con TND como TCD. Se busca asesorar a la familia para lidiar con el estrés en las relaciones y en el ambiente familiar.



**Terapia cognitivo conductual con el niño/adolescente:** El objetivo de la terapia es disminuir los pensamientos y emociones negativas, enseñarles a reconocer sus emociones y las de los demás. Se busca que mejore sus habilidades sociales, que logre desarrollar una comunicación efectiva y mejore sus habilidades en la resolución de problemas.

**Programas en el entorno escolar:** Tienen como objetivo proporcionar herramientas adicionales a los educadores para promover mejoras del comportamiento en el aula. Se debe promover la aceptación y adherencia a las reglas del aula y las conductas adecuadas, apoyar el desarrollo de habilidades de resolución de conflictos, prevenir el comportamiento problemático y evitar que el comportamiento oposicionista ascienda<sup>2</sup>.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO <sup>5,6,8,10,23,24</sup>

Los enfoques psicosociales son la primera línea de intervención, estos no tienen una carga de efectos secundarios y la intervención farmacológica, debe circunscribirse al manejo de la agresividad y de las comorbilidades. Es muy importante abordar toda comorbilidad que se pueda presentar. El tratamiento farmacológico del TND se dirige principalmente a la comorbilidad con el TDAH o a la sospecha de un trastorno afectivo y/o ansioso subsindrómico. En el caso del TCD el tratamiento farmacológico estará enfocado en el control de la agresividad, la persistencia del trastorno de conducta y a la comorbilidad asociada. Los fármacos más usados son:

- A. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: Se ha demostrado el uso eficaz de antidepresivos como la fluoxetina y sertralina cuando existe un episodio depresivo comórbido. Están indicados también cuando existe un componente importante de ansiedad.
- B. Psicoestimulantes: inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina: Cuando existe comorbilidad con TDAH y el problema conductual está relacionado con la impulsividad, el autocontrol o la dificultad para procesar la información del entorno. El uso del metilfenidato es uno de los que tiene mayor evidencia de eficacia. Se recomienda el de acción prolongada para evitar el efecto de rebote que empeora el comportamiento en el domicilio.
- C. Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina: El tamaño del efecto en el TDAH es menor con la atomoxetina, pero es aconsejable su uso a dosis altas cuando se asocia con el trastorno de ansiedad.
- D. Antipsicóticos: Entre los antipsicóticos atípicos, la risperidona y el aripiprazol están aprobados para el tratamiento de la irritabilidad. La risperidona tiene la evidencia más sólida en el tratamiento de la agresión y la irritabilidad, con una dosis sugerida de 1.5 a 4mg/día. Le sigue el aripiprazol que es equivalente a la risperidona según algunos estudios, con una dosis sugerida de 5 a 15mg/día. Los antipsicóticos típicos como el haloperidol han mostrado variables efectos sobre la agresión en todos los estudios.
- E. Estabilizadores del ánimo: El valproato, y el litio tiene problemas de efectos secundarios pero sus efectos son grandes en el manejo de la agresión. Pueden añadirse a los antipsicóticos cuando la respuesta a estos es parcial. Se prefiere el valproato sobre el litio. La carbamazepina y la lamotrigina no han demostrado ser eficaces en el manejo de la agresión en los niños.

## PSICOTERAPIA <sup>25,26,27,28</sup>

El tratamiento psicológico de los trastornos del comportamiento se basa en las estrategias cognitivas y conductuales.





Las técnicas conductuales se han mostrado útiles y relativamente de fácil aplicación. Su eficacia es mayor en los escolares que en los adolescentes y cuando los problemas en el comportamiento están comenzando. Así, se podría decir que son estrategias con un componente de intervención y con un componente preventivo.

Los encargados de aplicar las técnicas conductuales son los tutores (familiares o quienes tengan su tutela), o profesores (a diferencia de las estrategias cognitivas que realizan los terapeutas sobre el niño). Por ello, se debe entrenar a los tutores en la identificación de los problemas que van apareciendo y en la idoneidad de aplicar cada técnica.

Entre las técnicas de terapias que se pueden utilizar en la intervención tenemos:

**Técnicas de modificación conductual.-** Estas técnicas tienen que ser explicadas con los términos adecuados a los familiares del paciente para que hagan un seguimiento de las mismas en el ambiente familiar. Estas técnicas se aplican después de haber realizado un **análisis conductual** que nos permita observar que estímulos son los que favorecen la conducta así como que estímulos refuerzan la conducta a eliminar o reforzar. Este análisis se tiene que hacer conjuntamente con la familia y esto favorece la psicoeducación de la misma así como nos permite hacer un seguimiento de las pautas dadas a la familia. Estas técnicas suelen ser aplicadas a niños de edad preescolar o primeros grados de primaria. Entre las cuales tenemos:

**-Técnicas de modificación cognitivo - conductual.** Esto va de la mano con un análisis de la conducta del paciente que nos permita entenderlo y explicarlo adecuadamente y nos permita para ese caso en particular emplear las técnicas más adecuadas. Entre las principales técnicas podemos citar:

**-Técnicas Racionales - Emotivas.-** Se puede utilizar de preferencia en adolescentes.

El objetivo final de la terapia utilizada es modificar la conducta. Antes de comenzar la exposición sobre las técnicas de intervención, es preciso mencionar una serie de recomendaciones generales:

- a) Las técnicas conductuales o técnicas de modificación de la conducta se deben aplicar de manera continua. No se pueden establecer descansos (por ejemplo, los fines de semana) ya que supone un retroceso en los logros.
- b) Es necesario una minuciosa coordinación sobre las pautas utilizadas para aplicarlas en todos los entornos (colegio, casa, casa de los abuelos, etc.). De nada sirve que se aplique una técnica en un sitio y no en otro, por lo que todos los implicados deben estar informados.
- c) No existen programas de intervención universales, hay que evaluar los problemas del niño de manera individual, priorizando las actuaciones sobre aquellos problemas más importantes. Programas iguales aplicados sobre niños con síntomas similares pueden producir efectos contrarios, por lo que hay que reevaluar de manera periódica la efectividad de la intervención.
- d) Hay que tener en cuenta que estamos realizando un aprendizaje, no un castigo. La disciplina no está reñida con el cariño, lo que debe ser explicado y entendido por todas las personas involucradas en el proceso educativo.
- e) Antes de comenzar con las estrategias conductuales, se debe establecer un registro de conductas de la manera que se refiera (que los padres traigan escrito en una hoja los problemas que aparecen a lo largo del día, que el



profesor escriba en la agenda escolar las conductas disruptivas, etc.). En dicho registro se debe especificar:

- Las características de la conducta anómala y todas sus particularidades importantes.
- La intensidad de los síntomas.
- Su consistencia (si se producen independientemente de factores externos o se mantienen hagamos lo que hagamos).
- La frecuencia.
- La expresión de los síntomas en relación con el entorno. En que situaciones empeoran o mejoran.
- La evolución a lo largo del tiempo (cómo han sido en los últimos meses, años, etc.).
- Aunque existen muchas técnicas conductuales, algunas de las más importantes son las siguientes:

**A. Técnicas de conducta dirigidas a eliminar problemas en el comportamiento:**

**a) Corrección verbal y física:** Para que la corrección verbal sea efectiva, se debe procurar un estilo comunicativo en los padres y los educadores basado en el lenguaje propositivo, esto es, evitando las frases con negaciones. Por ejemplo, en lugar de decir "no le pegues a tu hermano", decir "trata bien a tu hermano". Esto permite guardar el "no" para los momentos especialmente disruptivos: Cuando se produce ese momento, se le da al niño la instrucción con un "no" antepuesto, con un tono de voz firme y enérgico. Por ejemplo, cuando el comportamiento sobrepasa una pelea normal entre hermanos, se puede decir: "¡No! ¡Quieto!". A la corrección verbal se le puede acompañar una corrección física. Consiste en utilizar cierta fuerza para eliminar la conducta, sin dañar ni causar dolor al niño. Por ejemplo, en el caso anterior, a la vez que decimos "¡No! ¡Quieto!", debemos utilizar nuestra mayor fuerza física para interponernos entre los niños que pelean, separándolos con firmeza, pero sin agredirlos.

**b) Extinción:** Se basa en ignorar las conductas inapropiadas que manifiesta el niño. Por ejemplo: La familia acude a un supermercado y el niño interrumpe constantemente pidiendo dulces. La respuesta refleja de los padres es hacer callar al niño. Éste se enfada y aumenta la intromisión, y así sucesivamente hasta que estalla el conflicto, con una gran rabieta. Una alternativa consiste en ignorar la primera irrupción. Los padres deben continuar comprando y hablando entre ellos con el mismo tono de voz y sin mirar hacia el niño. En las primeras ocasiones que se practica esta técnica, el niño aumenta la intensidad de intromisión, ya que entiende que ahora no se le hace caso cuando antes se convertía en el centro de atención. Este efecto se denomina "estallido de extinción". Poco a poco, si los padres continúan ignorando el mal comportamiento del niño, las demandas, los gritos y los llantos del niño van disminuyendo, debido a que no encuentra respuesta a sus peticiones. Es importante no ceder cuando el niño aumenta la intensidad de intromisión. Si se cede en este punto se le puede transmitir que la respuesta de los padres aparece cuando su irrupción se realiza con más ímpetu (cuando grito no me hacen caso, pero cuando grito más fuerte y lloro, sí). La extinción se utiliza, sobre todo, cuando hay conductas desafiantes y opositoras moderadas (no se debe ignorar cualquier mínima alteración, ni en todo momento porque el



niño puede llegar a pensar que sus padres no le quieren o que nunca le hacen caso).

## B. Técnicas de conducta dirigidas a aumentar los comportamientos positivos:

- a) **Técnicas de reforzamiento:** Los niños con problemas de comportamiento se acostumbran con facilidad a los castigos. Por ello, llegan a ser ineficaces. Conviene recordar que el mal comportamiento del niño no es voluntario en la mayoría de las ocasiones, sino que se trata de una incapacidad de controlar sus impulsos. En contraposición, resulta eficaz el reforzamiento positivo. Consiste en transmitir alabanzas y halagos a lo que el niño hace bien o incluso dentro de "la normalidad". Por ejemplo, si una tarde el niño no le pega a su hermano, cuando lo venía haciendo a diario en el último mes, se le debe decir: "Muy bien, campeón, has estado toda la tarde jugando con tu hermano sin discusiones y no le has pegado ni una vez. ¿Ves cómo puedes lograrlo?". En ocasiones, se puede añadir pequeños premios tangibles como un juguete de poco valor o una tarde en el cine. Las alabanzas de los padres y profesores son los premios más eficaces para mejorar el comportamiento. Más que los juguetes u otros premios.
- b) **Economía de fichas:** Consiste en registrar las conductas positivas del niño en un calendario. Cada conducta positiva conlleva una señal y cuando se sobrepasa un determinado número de señales se les entrega un premio, que puede ser alguno de los mencionados en el apartado interior. El tipo de premio y el número de señales necesarias para su obtención deben ser pactados previamente. Un ejemplo: Se pega una cartulina en la pared del cuarto o del aula del niño con un calendario. Cada día que el niño no arremete con su hermano, o no interrumpe en clase, se coloca una estrella en el día correspondiente. Cada semana se cuentan las estrellas logradas. Si se llega a 4 estrellas, se va al cine. Si son 3 estrellas, otro premio menor, etc. Se puede combinar los logros del niño en la clase y en casa, por ejemplo, a través de la agenda escolar.
- c) **Contrato de contingencias:** Consiste en utilizar un reforzador positivo muy importante para el niño para incrementar una conducta positiva que casi no está produciendo, Para ello hay que establecer un "contrato" entre el niño y sus padres o profesores, que incluso puede ser escrito y firmado por ambas partes donde se especifique lo que se consigue por realizar la conducta requerida. Se puede emplear en niños mayores y adolescentes, incluso con problemas disociales graves. Es muy utilizado en centros terapéuticos especializados en adolescentes con trastornos graves del comportamiento. Por ejemplo, se da permiso para un tatuaje cuando se comprueba que no existe consumo de tóxicos ni nuevas denuncias por delitos durante un mes.

Los procedimientos cognitivos son programas encaminados a reestructurar los pensamientos de los niños y a lograr nuevas conductas facilitadoras de la reducción de los problemas de comportamiento.

Aunque existen varios **métodos en la psicoterapia cognitiva**, la mayoría de ellos comprenden una serie de fases que se pueden sintetizar en tres principales:



- a) **Acontecimientos:** Una vez que han recogido los problemas en la entrevista, en esta primera fase se explica al niño y sus familiares las conductas disruptivas identificadas. Para ello se deben establecer los correlatos conductuales. Por ejemplo, a partir de un acto violento se genera en los demás compañeros rechazo. Esto produce un aislamiento progresivo que aumenta la sensación de malestar, la irritabilidad y disminuye la tolerancia a las consignas de los profesores. Al final, la frustración lleva a aumentar los problemas conductuales, Este correlato se le dice al niño y a sus familiares.
- b) **Ideas irracionales:** en la segunda parte una vez comentadas las experiencias cotidianas y los problemas conductuales junto con el correlato, se le explica que sus ideas y creencias tienen un papel fundamental en generar los problemas. Los problemas de conducta se asocian a una serie de ideas no racionales (ilógicas) como pueden ser que los actos violentos son para conseguir algo, que no recibirán castigo por los actos que cometen o que uno se siente mejor cuando actúa así. El terapeuta debe identificar dichas creencias erróneas y plantear las alternativas correctas a la familia y al niño. Cuando el niño es pequeño no suele comentar espontáneamente dichos pensamientos erróneos, por lo que hay que ayudar con una serie de preguntas preparadas. Por ejemplo: ¿crees que pegando a tu compañero las cosas van a ir mejor?

- c) **Consecuencias:** Se entiende que las ideas irracionales llevan a una consecuencia conductual. Para continuar con el mismo ejemplo, la creencia que al pegar a un compañero se obtiene alguna ventaja en algún aspecto de la vida puede llevar a aumentar esas conductas violentas.

Al concluir las tres fases se ha logrado que el niño sea consciente de las conductas y que los pensamientos que las acompañan se encuentran en la superficie de los procesos mentales. Entonces es más fácil poder actuar sobre ellos. A partir de este momento, se puede trabajar sobre las conductas que ocasionan problemas y sobre las alternativas que existen para que desaparezcan.

Se debe enfatizar la presencia de creencias y pensamientos erróneos, y la capacidad del niño para cambiar esos pensamientos. También la capacidad del niño para cambiar sus conductas por otras que no le ocasionen conflictos.

Cuando se trata de niños pequeños, los padres pueden estar presentes siempre que se les advierta sobre la necesidad de respetar espacios para que el niño hable.

En niños de más edad, la intervención se puede realizar sin la presencia de la familia.

Es importante que se establezca un debate y discusión sobre las posibilidades de la eliminación de las creencias erróneas. Para ello, se cuestiona y pone en tela de juicio cada cuestión, mediante preguntas retóricas que suscitan el debate: "¿Crees que puedes ir a clase sin que te pelees con los compañeros?, ¿crees que tu forma de pensar te ha llevado a esta situación y que cambiando la forma de pensar puedes conseguir que tus padres confíen más en ti?".

Otras estrategias cognitivas comprenden programas de entrenamiento en habilidades de resolución de problemas. Estos programas incluyen técnicas de mejora de las habilidades sociales, del autocontrol de los impulsos o de las capacidades de comunicación.



Para llevar a cabo este tipo de intervención es necesario que el terapeuta tenga: experiencia en su aplicación, tiempo para su ejecución y que el niño tenga una edad suficiente para que establezca la adecuada conexión cognitiva con el terapeuta. A pesar de ello, sus directrices generales se pueden utilizar como una estrategia más para utilizar en la relación profesor-alumno.

## OTRAS INTERVENCIONES

### Trabajo social

El trastorno conductual tiende a identificarse en la familia y el colegio en los cuales el niño tiende a tener problemas de adaptación y, son en las escuelas en donde detectan el problema ya que son el segundo espacio de socialización.

Primero se realiza la planificación, luego el diagnóstico, sesiones familiares, el trabajar con niños pequeños debemos contar con el apoyo de la familia, también necesitamos pedir informes escritos del colegio como las observaciones, el trabajo es coordinado y en redes sociales, en las que se considera a las diversas instituciones que trabajan con niñas y adolescentes con el objetivo de garantizar la inserción familiar, escolar, laboral y social como parte del proceso de rehabilitación.

### Terapia ocupacional

En estos niños y adolescentes con trastorno de la conducta, hay una disminución en el desempeño ocupacional en lo académico, tiempo libre (juego/ocio), entorno social (familiar y su medio) y aspectos emocionales.

Terapia ocupacional, pretende ayudar al niño y adolescente, a realizar sus ocupaciones, dotándole de competencias, habilidades y estrategias que le permitan desempeñar sus tareas y roles en la vida diaria, modificando o adaptando las tareas, actividades o el entorno. Por tanto, una de las funciones esenciales del terapeuta ocupacional consiste en estimar las necesidades, dificultades y puntos fuertes del funcionamiento ocupacional en el contexto concreto de desempeño ocupacional, usando técnicas como:

- **Ludoterapia:** El juego es la principal actividad ocupación de los niños y el modo en que ello aprende acerca del mundo, pues le permite el desarrollo y el dominio de destrezas a nivel físico, social, sensorial, perceptual, cognitivo y emocional.
- **Entrenamiento en actividades de vida diaria:** Incluye también la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida. (alimentación, vestido, higiene).
- **Desarrollo sensorio motriz, motricidad, coordinación fina:** Habilidades de destreza, procesamiento perceptivo visual, procesamiento y modulación sensorial, planificación y organización motriz, los cuales posibiliten el éxito en el desempeño de una tarea.
- **Coordinación con los padres en el tratamiento de T.O.** Interactuar efectivamente con los padres de familia y de requerir con los docentes.

### Terapia de aprendizaje

Los psicofármacos son importantes para modificar los aspectos conductuales, cognitivos y emocionales del niño, y permitir una mejor adaptación ambiental, pero no mejoran las dificultades específicas de aprendizaje, que requieren siempre de una rehabilitación psicopedagógica.



Cuando se habla de problemas de aprendizaje nos referimos a que el niño tenga más dificultad de lo normal para aprender y desarrollar una nueva destreza o habilidad. Entre los procesos más afectados son el aprender a leer, escuchar, razonar, y lo que se produzca de la combinación de ellas, por ejemplo, estudiar en la escuela.

## 6.5 COMPLICACIONES

Los TCD pueden asociarse a otros problemas, generalmente cuando el diagnóstico y la intervención se realizan de manera tardía o cuando existen muchos factores de riesgo asociados. Los más importantes son: el fracaso escolar y laboral o el consumo de tóxicos. Por último, en la evolución de los síntomas, inciden algunas variables que empeoran el pronóstico a largo plazo. Las más importantes son: la temprana edad de aparición de los síntomas, la expresión de los síntomas en varios contextos y una elevada frecuencia e intensidad de las dificultades<sup>3</sup>.

### Trastorno negativista desafiante<sup>1</sup>

Las personas en las que el diagnóstico persiste pueden mantenerse estables o comenzar a violar los derechos de los demás y así desarrollar un trastorno de personalidad disocial. El pronóstico de los niños y adolescentes con diagnóstico de TND depende de alguna manera del grado de funcionamiento familiar y del desarrollo o no de otras psicopatologías.

Si este trastorno es persistente durante el desarrollo, los individuos que lo padecen presentarán:

- Conflictos frecuentes con padres, profesores, supervisores, compañeros y parejas.
- Un deterioro significativo de la adaptación emocional, social, académica y laboral.
- Comorbilidad con trastornos de ansiedad y/o depresión. Posible evolución al consumo de sustancias adictivas, probabilidad de desarrollar el trastorno disocial de la personalidad.

### Trastorno de conducta disocial<sup>1</sup>

Los comportamientos del trastorno de conducta pueden conducir a:

- Impedimento para asistir a escuelas ordinarias, expulsión temporal o definitiva de la escuela.
- Impedimento para vivir en casa de los padres o en un hogar de acogida,
- Problemas de adaptación laboral
- Problemas legales, entran al sistema de justicia penal por realizar conductas ilegales.
- Inicio temprano de la conducta sexual, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.
- Inicio temprano del consumo de alcohol, tabaco y sustancias ilegales.
- Mayores tasas de accidentes
- Lesiones físicas por accidentes o peleas.
- Deterioro más grave y crónico que el presentado por otros niños derivados a servicio de salud mental.
- Presentar un mayor riesgo de evolucionar a un trastorno de personalidad antisocial (TPAS), sobre todo si el inicio ha sido en la infancia. El 50% de los niños con TCD evoluciona a TPAS.



Tabla 5 Resultados en la vida adulta (IAACAP)

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>Conducta antisocial</b>     | Mayores crímenes violentos y no violentos, p.ej. asalto, daño corporal grave, robo, crímenes con automóviles, fraude.   |
| <b>Problemas psiquiátricos</b> | Tasas elevadas de personalidad antisocial, consumo de alcohol y drogas, ansiedad, depresión, quejas somáticas, episodios de autolesión deliberada y suicidio, hospitalización psiquiátrica                |
| <b>Educación</b>               | Bajos resultados académicos, absentismo escolar y abandono de los estudios, peores calificaciones profesionales   |
| <b>Trabajo</b>                 | Desempleo, mantienen los empleos por corto tiempo, peores trabajos con peores salarios, aumento de la dependencia en ayudas económicas y subsidios gubernamentales  |
| <b>Red social</b>              | Pocos o sin amigos, bajo involucramiento con familiares, vecinos, comunidades y organizaciones  |
| <b>Relaciones íntimas</b>      | Aumento de las relaciones de cohabitación violentas y de corta duración; las parejas a menudo también son violentas   |
| <b>Niños</b>                   | Aumento de la tasa de maltrato y abuso infantil, problemas de conducta en los hijos, los hijos son llevados a menudo al sistema de protección social Salud Mayores problemas médicos, muerte más temprana |
| <b>Salud</b>                   | Salud Mayores problemas médicos, muerte más temprana  |

Extraído de Scott S. Trastorno de la conducta. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IAACAP, 2017

## 6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Según lo referido en la **Ley N° 30947** la atención de salud mental se realiza desde el primer nivel con abordaje comunitario, es interdisciplinario, integral y participativo, de manera ambulatoria y excepcionalmente con internamiento u hospitalización. El modelo de atención comunitaria en salud mental incluye a los centros de salud no especializados, los centros de salud mental comunitarios (CSMC), las unidades de hospitalización y hospital de día de los hospitales generales, los MAMIS y los establecimientos especializados, así como servicios médicos de apoyo (hogares y residencias protegidas, centros de rehabilitación psicosocial y laboral)

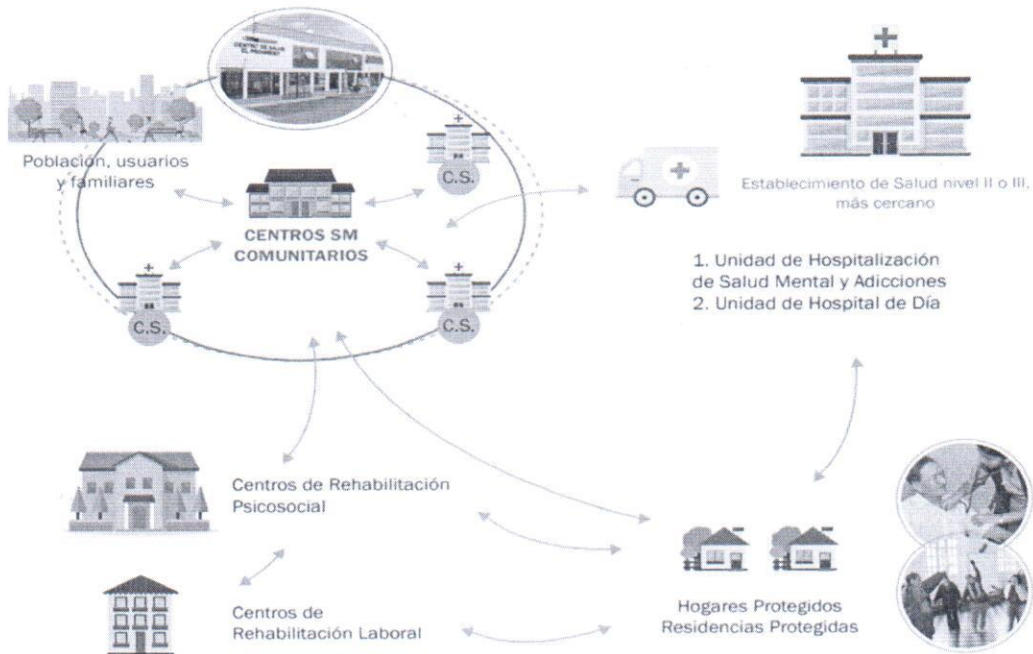
El Reglamento de la Ley N° 30947 dado por Decreto Supremo N° 007-2020-SA hace referencia que los hospitales psiquiátricos se adecúan al modelo de atención comunitaria. Por este concepto el Hospital "Víctor Larco Herrera", como institución especializada, recibirá las referencias de los CSMC u hospitales generales de los casos que hubiere necesidad de atender y una vez resuelta ésta se contrareferirá al centro de origen para continuar con su atención.

El criterio para realizar la referencia involucrará necesidad de medicamentos, internamiento o dificultad en el manejo del caso en el centro de origen por



refractoriedad farmacológica o necesidad de aplicación de terapias especializadas. No procede la atención en nuestra institución si no se cumple la condición de la referencia <sup>25,26,27</sup>

### Servicios de salud mental comunitaria integrados en las Redes de Servicios de Salud en territorios determinados

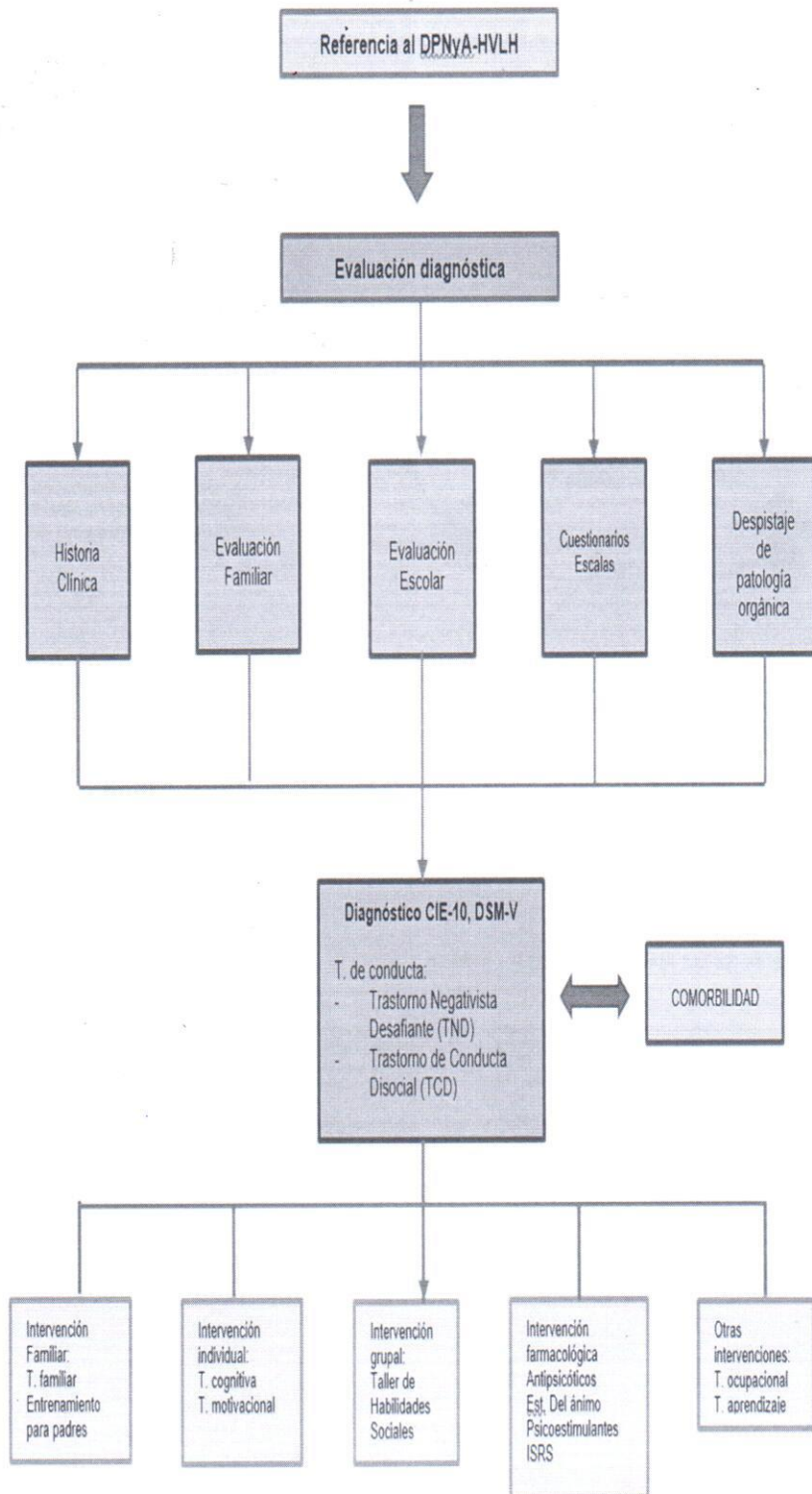


Fuente: Dirección de Salud Mental - DGIESP - MINSA





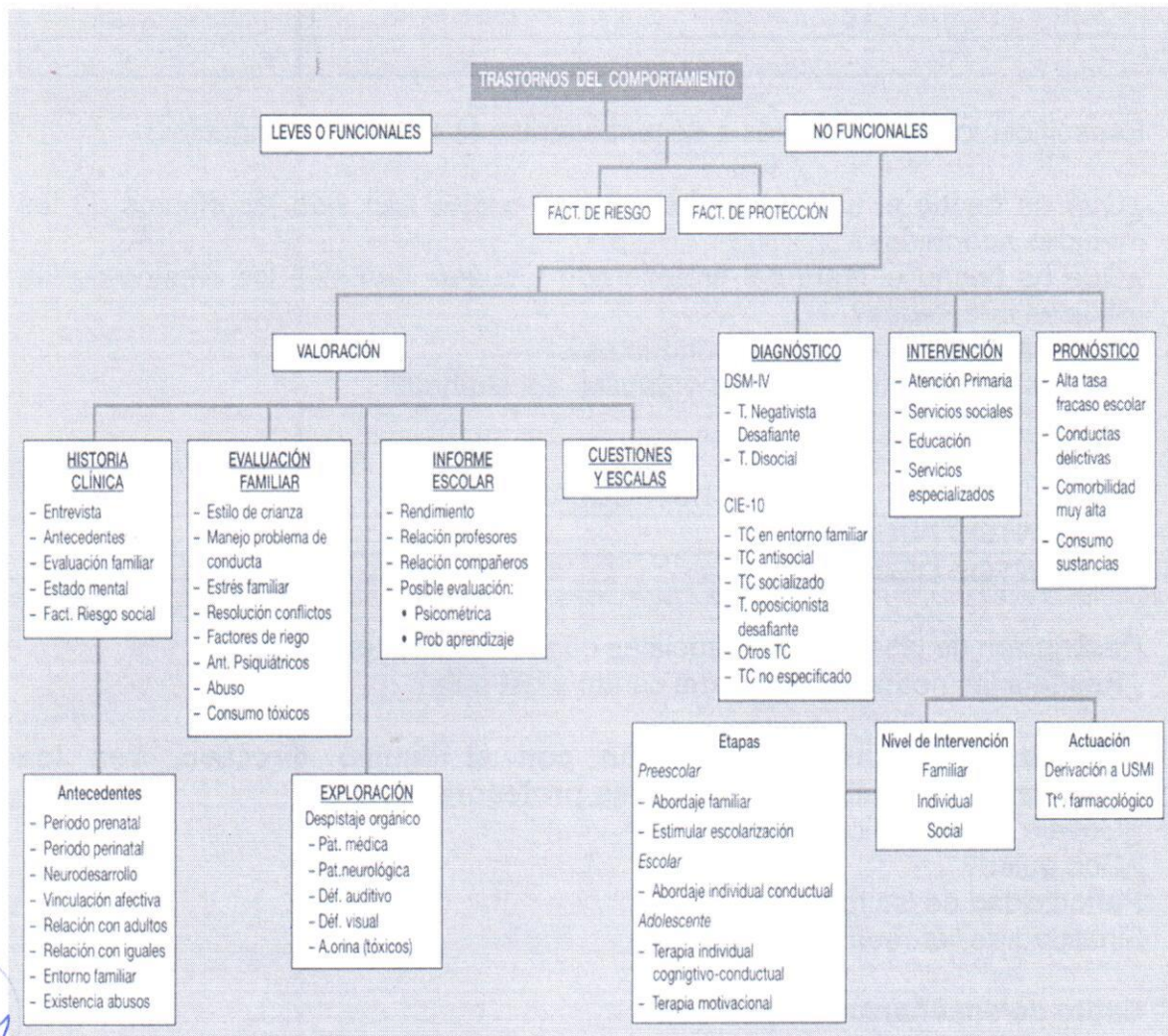
### 6.7 FLUXOGRAMA



## VII ANEXOS

De la entrevista a los padres se obtiene la información en la Historia Clínica, así está cubierto el ámbito familiar; para recabar información del colegio se recomienda mandar el siguiente formato:

### Algoritmo de los Trastornos del Comportamiento



Extraído de Javaloyes Sanchís, M. A. y Redondo Romero, A. (2014). *Trastorno del comportamiento: Trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros problemas del comportamiento.*

### GUÍA DE ENTREVISTA CON EL TUTOR Del Alumno:

Nombre:

Grado y sección:

Cursos que le enseña:

**Conductas que preocupan del alumno:**

Dirigidas a los objetos:

Dirigidas a los compañeros:

Dirigidas a los adultos:



Dirigidas a sí mismo:

Otras a destacar:

**Consecuencias, frecuencia y momentos en los que aparecen dichas conductas:**

| CONDUCTA | CONSECUENCIA | FRECUENCIA | MOMENTO DE APARICIÓN |
|----------|--------------|------------|----------------------|
|          |              |            |                      |
|          |              |            |                      |
|          |              |            |                      |

Especificar los antecedentes o desencadenantes de dichas conductas:

¿Qué ha hecho el tutor en estos casos y cuáles han sido los efectos de las medidas adoptadas?

¿Qué ha hecho el resto del profesorado y cuáles han sido los efectos de las medidas adoptadas?

¿A qué atribuye el tutor esas conductas?

¿Cuáles son los puntos fuertes y débiles del alumno?

|                       | A NIVEL CURRICULAR | A NIVEL SOCIAL |
|-----------------------|--------------------|----------------|
| <b>PUNTOS FUERTES</b> |                    |                |
| <b>PUNTOS DÉBILES</b> |                    |                |

Descripción de las relaciones sociales con los compañeros

¿Respetan las normas básicas del centro y del aula?

**Tipo de coordinación y relación con el equipo directivo, con los profesores especialistas y con otros profesores.**

¿Lleva a cabo reuniones?

¿Con quién?

Periodicidad de las mismas

Finalidad de las reuniones

**Estilo de enseñanza del profesor**

Distribución del aula

Reparto de responsabilidades

Tipo de argumento para las diferentes tareas

Existencia o no de hora de tutoría con los alumnos (y tipo de actividades que se realizan en ella):

¿Se lleva a cabo adaptaciones de acceso?

¿Se potencia el aprendizaje cooperativo?

¿Qué normas de clase se han establecido y cómo?

¿Qué sucede cuando algún alumno se las salta?

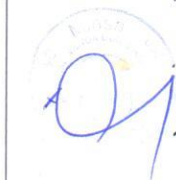
Castigos y recompensas que aplican

Eficacia de dichas medidas



## VIII BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. En: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Barcelona: Masson; 2014. p. 461-480
2. Quay K, Stringaris A. Trastorno negativista desafiante. Irrarrázaval M, Andres Martin (eds) Prieto-Tagle F, Gilibert Sánchez N (trad). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2017.
3. Vásquez MJ, Feria M, Palacios L, De la Peña F. (2010). Guía clínica para el Trastorno Negativista Desafiante. Ed. Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas para la atención de Trastornos Mentales).
4. Vásquez MJ, Feria M, Palacios L, De la Peña F. (2010). Guía clínica para el Trastorno Disocial. Ed. Shoshana Berenzón, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
5. Abhishek Ghosh, Anirban Ray, Aniruddha Basu Oppositional defiant disorder: current insight Psychology Research and Behavior Management 2017;10 353-367.
6. De la Peña-Olvera, F., Palacios-Cruz, L. Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. Salud Mental 2011; Vol. 34, N° 5: 421-427, septiembre-octubre 2011.
7. Rodríguez Hernández, P. J. Trastornos del comportamiento. Pediatría Integral 2017; XXI (2): 73-81.
8. Ives, E.L.S., Trastornos del comportamiento. Adolescere Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia Ene-Feb 2020; VIII (1): 28-38.
9. Monsalve A, Mora LF, Ramírez LC, Rozo V, Rojas DM. Estrategias de intervención dirigidas a niños con trastorno negativista desafiante, una revisión de la literatura. Rev Cienc Salud. 2017;15(1):105-127.
10. Torales, J. Barrios, I., Arce, A., Viola, L. Trastorno negativista desafiante: una puesta al día para pediatras y psiquiatras infantiles. Pediatr. (Asunción). 2018; 45(1):65-73 (enero - abril).
11. Díaz Atienz, J., Trastornos Disruptivos de la Conducta y Rasgos Patológicos de Personalidad en Niños y Adolescentes. Salud Mental Infanto-juvenil: Prioridad de la Humanidad. Editores: Emma Saad, Edgard Belfort, Enrique Camarena, Rodrigo Chamorro y Juan Carlos Martínez. Primera edición APAL 2011. Ediciones científicas APAL, Experiencias y evidencia en Psiquiatría.
12. Scott S. Trastorno de la conducta (Irrarrázaval M, Martin A, eds; Prieto Tagle F, Hacoheh Domené S, trad). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2017.
13. Flora de la Barra, F., Vicente P. B., Sandra Saldivia B., Melipillán A., R. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual - Rev. Med. Clin. CONDES - 2012; 23 (5) 521-529.
14. Toledo, M. Atención de adolescentes en los servicios de salud mental del Hospital Hermilio Valdizán. En: Avances en Salud Mental Relacional España. Vol.5, núm.2 - Julio 2006 Órgano Oficial de expresión de la Fundación OMIE Rev Int (<https://sid.usal.es/idocs/F8/ART9889/atenciondeadolescentes.pdf>).
15. Carazas, G., Castro, R. Diagnósticos psiquiátricos asociados a agresividad en niños y adolescentes en consulta externa de un hospital psiquiátrico. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.



16. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana y Callao 2007. Informe General. Anales de Salud Mental Año 2012; Vol. XXVIII, Suplemento 1. Lima.
17. Quiroz Murga, E.A. Prevalencia del trastorno disocial de la conducta en adolescentes varones escolares del Distrito de Trujillo. Trujillo, Perú, 2009. Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina Humana.
18. Extremera Sánchez, M. Revisión Bibliográfica sobre el trastorno disocial, a propósito de un caso. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia Vol. 3 (2013) N° 3.
19. Organización Mundial de la Salud, OMS. CIE-10. Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y Problemas relacionado con la Salud. Décima Revisión, Volumen 1. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1995.
20. Puerta, I.C., (2004). Instrumentos para evaluar las alteraciones de la conducta. Revista de Neurología, 38 (3) 271-277.
21. Ballesteros Alcalde, C. y Pedreira Massa, J.L. Trastornos del comportamiento en la adolescencia: evaluación clínica individual y familiar Monografías de Psiquiatría. 2004, Vol. XVI (1): 21-30.
22. Javaloyes Sanchís, M. A. y Redondo Romero, A. (2014). Trastorno del comportamiento: Trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros problemas del comportamiento. Curso de Psiquiatría Infantil. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria.
23. Rigau-Ratera, E., García-Nonell, C., Artigas-Pallarés, J. Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. Revista de Neurología 2006; 42 (Supl. 2): S83-S88. Está en tratamiento farmacológico.
24. Riley, M., Ahmed, S., Locke, A. Common Questions About Oppositional Defiant Disorder. Academy of Family Physicians. 2016;93(7):586-591).
25. Terapia Conductual Racional Emotiva. (REBT) Casos Ilustrativos. Yoseph Yancura, Wendy Drivin. Editorial Desclee Bilbao, 1999.
26. Terapia Cognitiva con niños y adolescents. Aportes técnicos.- E Bunge, M., Librería Akadia Editorial, BBAA 2008.
27. Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescents, Edit. Polemos. BBAA, 2010
28. Tratamiento Cognitivo- Conductual para trastornos de ansiedad en niños, Philip Kendal, Librería Akadia Editorial, BBAA 2010.
29. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios. Lima: MINSA, 2017.
30. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Salud Mental - Lima: Ministerio de Salud; 2018. 96 p.
31. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Geneva: Organización Mundial de la Salud, 2010.

