

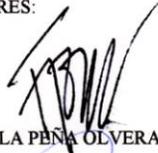


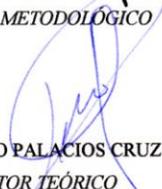
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"

**“Funcionamiento familiar en población clínica de adolescentes con  
trastornos externalizados”**

TESIS QUE PRESENTA EL DR. CARLOS AARÓN LEGOFF GONZÁLEZ PARA OBTENER EL  
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

TUTORES:

  
DR. FRANCISCO DE LA PEÑA OLVERA  
*TUTOR METODOLÓGICO*

  
DR. LINO PALACIOS CRUZ  
*TUTOR TEÓRICO*

  
DR. ALFREDO ROMERO VELÁZQUEZ  
*ASESOR HPIJNN*



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# **“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN POBLACIÓN CLÍNICA DE ADOLESCENTES CON TRASTORNOS EXTERNALIZADOS”**

---

## **Contenido**

<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>Capítulo 1.- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad .....</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo 2.- Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno de Conducta .....</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo 3.- Trastornos Disruptivos y Factores de Riesgo .....</b>	<b>24</b>
<b>Capítulo 4.- Funcionamiento Familiar en Trastornos Externalizados .....</b>	<b>30</b>
<b>Capítulo 5.- Justificación, Objetivos e hipótesis.....</b>	<b>35</b>
<b>Capítulo 6.- Método .....</b>	<b>37</b>
<b>Capítulo 7.- Resultados.....</b>	<b>44</b>
<b>Capítulo 8.- Discusión .....</b>	<b>57</b>
<b>Capítulo 9.- Conclusiones .....</b>	<b>68</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>71</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>80</b>

---

***“Funcionamiento familiar en población clínica de adolescentes con trastornos externalizados”***

---

***Resumen***

---

***Introducción:***

El Trastorno Negativista y Desafiante (TND) y el Trastorno de Conducta (TC) poseen una etiología múltiple, que se compone tanto de factores biológicos como psicosociales. El funcionamiento familiar (FF) incluye una serie de aspectos del patrón de crianza en los niños y adolescentes y se han sugerido ampliamente como factores de riesgo para el desarrollo de ambos trastornos. Existen pocos estudios que comparen el FF entre los diferentes trastornos de conducta disruptiva (TND/TC).

***Objetivo:*** El presente trabajo explora el FF en TND y en TC en presencia de los diferentes subtipos de TDAH, en un análisis transversal, descriptivo, de una población clínica obtenida de dos hospitales de alta especialidad.

***Hipótesis:*** El nivel de FF es más bajo en pacientes con el diagnóstico de TDAH comórbido con TD y con TND; y más alto en pacientes con TDAH comórbido con uno solo de los otros dos diagnósticos: TND ó TD.

***Método:*** Se conformó la muestra por pacientes atendidos en la clínica de adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (INPRM), ( $N=37$ ) así como del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (HPIJNN), ( $N=19$ ) que acudieron a consulta en el período entre marzo a diciembre del 2007 por presentar como motivo principal un problema de conducta. Se evaluó a un total de 53 pacientes de ambos sexos, de 12 a 17 años. Se aplicaron en una sola entrevista los instrumentos ESA (diagnóstico), EPE-AA (severidad), APGAR Familiar y Funcionamiento Familiar. Se dividió la muestra en pacientes con condiciones comórbidas TDAH/TND/TC (Grupo TC) vs. TDAH/TND (Grupo Sin-TC).

***Resultados:*** Se reportaron al Trastorno Depresivo Mayor y al antecedente de abuso Físico/Psicológico como condiciones comórbidas frecuentes. Ambos grupos (TC/Sin-TC) exhibieron un bajo nivel de FF. El grupo TC mostró un menor puntaje de las escalas de FF que el grupo Sin-TC, aunque no de manera significativa. El dominio Disocial No-Predatorio de la escala EPE-AA tuvo mayor número de asociaciones con aspectos del FF.

***Conclusiones:*** Un bajo nivel de FF se asocia con la presencia de

# Introducción

---

Los trastornos externalizados incluyen al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), al Trastorno Negativista y Desafiante (TND), y al Trastorno Disocial o de Conducta (TC). Los últimos dos también se conocen como Trastornos de la conducta Disruptiva (TCD). Estas tres entidades suelen presentarse de manera comórbida en las poblaciones clínicas.

El TDAH se caracteriza por un inicio en la edad escolar tanto por síntomas de inatención, como de hiperactividad e impulsividad; su prevalencia es del rango de 3 a 5% en poblaciones epidemiológicas y varía alrededor del mundo; tiene una etiología múltiple, aunque primordialmente biológica, y suele responder con psico-estimulantes hasta en un 80% de los casos.

El TND se compone de un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad. El TC es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto. Estos comportamientos se dividen en cuatro grupos: daño físico o amenaza a otras personas o animales, daños a la propiedad, fraudes o robos, y violaciones graves de las normas.

Existe evidencia de una secuencia de aparición a través del tiempo de los síntomas de los trastornos externalizados. En ésta, la aparición de síntomas menos severos tiende a anteceder la aparición de síntomas moderados, los cuales preceden la aparición de síntomas severos; Así, se propone al TDAH, como precursor de los TCD, y éstos, a su vez, como precursores de otras patologías como abuso de sustancias, Trastorno de Personalidad Antisocial y condiciones como la delincuencia.

Los TCD poseen una etiología múltiple, que se compone tanto de factores biológicos como psicosociales. El funcionamiento familiar incluye una serie de aspectos en el patrón de crianza en los niños y adolescentes y éstos se han sugerido ampliamente como factores de riesgo para el desarrollo de los TCD.

Existen pocos estudios que evalúen el funcionamiento familiar en los trastornos disruptivos. Pocos de ellos comparan el funcionamiento familiar entre los diferentes trastornos de conducta disruptiva (TND/TC), en presencia de TDAH. La mayoría de los reportes en la literatura engloban al TND y al TC dentro de una sola categoría (“trastornos de conducta”), y no reportan características inherentes a cada uno por separado.

El presente trabajo explora el funcionamiento familiar en TND y en TC en presencia de los diferentes subtipos de TDAH, en un análisis transversal, descriptivo, de una población clínica obtenida de dos hospitales de alta especialidad.

# Capítulo 1.- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

---

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es uno de los trastornos psiquiátricos más importantes tratados en la psiquiatría infantil y de la adolescencia. Es altamente prevalente, presentándose hasta en el 50% de las poblaciones infantiles en clínicas psiquiátricas. Constituye un problema persistente que puede cambiar sus manifestaciones a través del desarrollo desde la etapa pre-escolar hasta la edad adulta, e interfiere con muchas áreas del desarrollo normal y del funcionamiento de la vida del niño. Si no es tratado, predispone la aparición de otros trastornos psiquiátricos comórbidos, así como de un mal funcionamiento social en la vida adulta. Actualmente existe un tratamiento eficaz para este trastorno.

## **EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**

Los rangos de prevalencia reportados a la fecha varían de acuerdo a la población estudiada en cada caso, los criterios diagnósticos, y los instrumentos diagnósticos empleados. En este sentido, generalmente se habla de valor aproximado de 3% a 5% en los niños de edad escolar, sin tomar en cuenta la población pre-escolar, adolescente y adulta. Más recientemente se han sugerido valores más altos en la edad escolar.

En un estudio reciente realizado con población norteamericana de 8 a 15 años de edad se reportó una prevalencia del TDAH de 8.7%, siendo más frecuente en niños provenientes de medio socioeconómico bajo. [3] Otro estudio realizado con población alemana de 3 a 17 años de edad reportó una prevalencia de 4.8%, considerando un 4.9% como casos sospechosos. Estos valores tenían picos en la edad escolar. En la edad de 11 a 17 años se había diagnosticado en 1 de 10 niños y en 1 de 43 niñas. Aquí también se encontró una prevalencia mayor en el medio socioeconómico bajo. [4]

Los valores reportados en adultos, como en los de los niños, presentan variaciones dependiendo de la población y los instrumentos utilizados. De los más recientes se cita uno realizado en población norteamericana, con un estimado de 1% a 4%. [5] En otro estudio, realizado con población mexicana, se encontró una prevalencia de 16.80% en pacientes psiquiátricos adultos no psicóticos y de 5.37% en población epidemiológica. Sin embargo, de los pacientes psiquiátricos, fue de 8.5% para los varones, y de 21.6% para las mujeres, de manera contraria al rango reportado en la edad escolar de hombres/mujeres (9:1). [6]

### **ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**

Actualmente se desconoce la etiología del TDAH. Muy probablemente no se trata de un solo factor etiológico en la mayoría de los casos clínicos. Actualmente se cree que existe una interacción entre factores tanto biológicos como psicosociales que conducirían al cuadro clínico del TDAH. Aunque algunas condiciones especiales se han mencionado como coexistentes con el trastorno, (como síndrome de X frágil, síndrome alcohólico fetal, bajo peso al nacer, y un raro trastorno tiroideo transmitido genéticamente) éstas sólo constituyen una pequeña porción de la población total de los niños con el diagnóstico.

Varios estudios de morfología cerebral que utilizan técnicas modernas de imagenología han arrojado luz acerca de la naturaleza del trastorno. Hynd et al. publicó hallazgos en resonancia magnética que sugerían anomalías en los lóbulos frontales. [7] Posteriormente Giedd et al. demostraron una reducción del volumen en el rostrum y en el cuerpo rostral del cuerpo calloso. [8] En estudios realizados con SPECT y PET se ha demostrado en adultos con TDAH hipo-perfusión del estriado e hiper-perfusión en áreas sensoriales y sensoriomotoras, con menor metabolismo de glucosa en la corteza premotora y en la corteza prefrontal superior. En mujeres adolescentes con TDAH, existía una disminución global en el metabolismo de la glucosa cerebral en comparación con adolescentes sanos de ambos sexos, y con varones adolescentes con TDAH. [9]

Aunado a estos resultados, se ha reportado que sujetos con TDAH tienen patrones de baja reactividad a estímulos como más rápida desaceleración de frecuencia cardíaca, menores

respuestas de orientación con la respuesta dérmica galvánica, mayor actividad lenta en el EEG, menores amplitudes de respuesta a la estimulación, y habituación más rápida en respuestas evocadas a estímulo. [10]

El factor genético en el TDAH ha sido ampliamente estudiado. La heredabilidad se ha estimado entre .55 a .92. Un estudio de concordancia en gemelos reportan 51% en gemelos monocigóticos y 33% en dicigóticos. [11] Los estudios de adopción sugieren que se trata de un evento más bien genético que ambiental. [10] Las respuestas terapéuticas a los fármacos indican que los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico se encuentran involucrados en la etiopatogenia del trastorno.

Los factores ambientales, específicamente los conflictos de interacción familiar que involucran a los padres de los sujetos no son considerados como generadores del trastorno, sin embargo sí podrían verse involucrados en la aparición de comorbilidad con trastornos de conducta como el Trastorno Negativista y Desafiante, o el Trastorno Disocial.

## **DIAGNÓSTICO Y COMORBILIDAD**

El diagnóstico del TDAH suele hacerse de manera eminentemente clínica. El DSM-IV-TR incluye dos dominios de síntomas para hacer el diagnóstico: inatención e hiperactividad / impulsividad. (Cuadro 1) Deben existir más de 6 criterios de uno de ambos dominios, indicándose de predominio inatento, hiperactivo /impulsivo, o mixto. [1]

La comorbilidad es un problema principal en la práctica clínica diaria. Por lo menos hasta dos tercios de los niños en edad escolar que han sido referidos a atención psiquiátrica tienen por lo menos otro diagnóstico psiquiátrico. [12, 13] Los diagnósticos comórbidos suelen variar de acuerdo a la naturaleza de la muestra, ya sea si se trata de pacientes pediátricos o psiquiátricos, o si se trata de una población clínica o epidemiológica. Los trastornos de conducta y Negativista y desafiante son más comunes en poblaciones psiquiátricas, mientras que los de aprendizaje lo son en muestras pediátricas. Las condiciones diagnósticas más frecuentes incluyen trastornos del lenguaje, trastornos del aprendizaje,

trastorno Negativista y desafiante y de conducta, trastornos de ansiedad y afectivos, y trastorno por tics. [13]

**Cuadro 1. Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (DSM-IV TR)**

**A. (1) o (2):**

(1) seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

**Desatención**

(a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades

(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas

(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente

(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)

(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades

(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)

(g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)

(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes

(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

**Hiperactividad**

(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento

(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado

La comorbilidad puede complicar tanto el proceso diagnóstico como el terapéutico en los niños y adolescentes con TDAH. Para su evaluación es necesario llevar a cabo una anamnesis detallada que incluya las posibles condiciones patológicas añadidas.

Si bien el tratamiento del TDAH es por la vía farmacológica, cuando se acompaña de trastornos de conducta deben realizarse intervenciones psicoterapéuticas.

# Capítulo 2.-Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno de Conducta

---

Los trastornos del comportamiento disruptivo incluyen Tanto al Trastorno Negativista y Desafiante (TND) como al Trastorno de conducta o también llamado Disocial (TC). Éstas son entidades psiquiátricas importantes debido a su frecuencia de aparición en el área clínica, así como su pobre diagnóstico en la actualidad. [14] Las características esenciales del TND son un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil hacia figuras de autoridad, el cual conduce hacia una disfunción. [1] Por su parte, el TC consiste en un patrón de comportamiento repetitivo y persistente en el cual se pasan por alto las reglas o normas básicas de la sociedad. (Cuadros 2 y 3)

## **Cuadro 2. Criterios para el diagnóstico de Trastorno negativista desafiante (DSM-IV TR)**

**A.** Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

- (1) a menudo se encoleriza e incurre en pataletas
- (2) a menudo discute con adultos
- (3) a menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas
- (4) a menudo molesta deliberadamente a otras personas
- (5) a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
- (6) a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros
- (7) a menudo es colérico y resentido
- (8) a menudo es rencoroso o vengativo

Los trastornos de conducta constituyen una categoría diagnóstica tan amplia en sus manifestaciones individuales que requiere mayor deliberación en descartar el diagnóstico que en hacerlo. Debido a la existencia de múltiples trastornos psiquiátricos que comparten algunas características de los trastornos de conducta, como la agresión, es difícil ocasionalmente integrar un diagnóstico aislado y la comorbilidad representa la regla en un sinnúmero de casos.

Existe una controversia acerca de si ambos trastornos deberían considerarse como relacionados, o dos entidades distintas y diferenciables entre sí. Sin embargo, la literatura apoya en su mayoría a la distinción entre ambos trastornos. [15] Existe cierta evidencia que apoya la distinción entre un síndrome que incluye síntomas del TND y síntomas agresivos del TC, y otro que contiene comportamientos disociales no agresivos. [16]

### **Cuadro 3. Criterios para el diagnóstico de Trastorno de Conducta o Disocial (DSM-IV TR)**

**A.** Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

#### **Agresión a personas y animales**

- (1) a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
- (2) a menudo inicia peleas físicas
- (3) ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
- (4) ha manifestado crueldad física con personas
- (5) ha manifestado crueldad física con animales
- (6) ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)
- (7) ha forzado a alguien a una actividad sexual

#### **Destrucción de la propiedad**

- (8) ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
- (9) ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

#### **Fraudulencia o robo**

- (10) ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
- (11) a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, «tima» a otros)
- (12) ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

#### **Violaciones graves de normas**

Las diferencias de los trastornos de conducta en los sexos requieren mayores estudios. En lugar de agresión física, las mujeres tienden a utilizar un tipo de agresión verbal, relacional e indirecta incluyendo rechazo, ostracismo y difamación de carácter dirigido hacia los vínculos relacionales entre pares. [17] Debido a que estos comportamientos no se

encuentran contemplados de manera particular entre los síntomas del TC, sería útil clínicamente modificar los criterios diagnósticos para las niñas.

Ambos diagnósticos, TND y TC, han sido estudiados desde el punto de vista de la estabilidad a través del tiempo. En el *Ontario Child Health Study*, 44% de los niños inicialmente estudiados con TC persistieron con el mismo diagnóstico después de un seguimiento a 4 años. [18] En otro estudio, Lahey et al. encontraron mayor persistencia en una muestra clínica de niños, con 88% de los sujetos con TC que cumplieron los criterios diagnósticos por lo menos una vez en los siguientes 3 años. [19]

La severidad de los síntomas tiene influencia sobre la estabilidad de los trastornos. Cohen et al. encontraron desde la niñez tardía a la adolescencia para TND y TC severos (OR=8.3 y 13.9, respectivamente), y menor estabilidad para TND y TC leves o moderados (OR=3.2 y 6.0 para TND, y 3.1 y 7.8 para TC, respectivamente). La estabilidad de los comportamientos disruptivos tendía a ser más alta en las mujeres que en los varones. [20]

Se acepta actualmente, en el DSM-IV-TR, tres subtipos para el trastorno de conducta, tomando en cuenta el número y la severidad de los síntomas, así como la edad de inicio de los mismos. [1] El interés de sub-clasificar al TC proviene de la necesidad de diferenciar aquellos jóvenes que persistirán en los comportamientos disruptivos, los que escalarán a mayores niveles en las mismas conductas, o aquellos que desistirán de las mismas. La evidencia apoya la utilidad pronóstica de otros factores como síntomas abiertos versus síntomas encubiertos, comorbilidad con TDAH, y la presencia de síntomas tempranos de personalidad antisocial. Además, el funcionamiento familiar podría jugar un papel importante en el pronóstico, ya que constituye un elemento fundamental a evaluar en el manejo clínico de los Trastornos externalizados.

## **HISTORIA Y CLASIFICACIÓN**

Los trastornos de conducta disruptiva han aparecido en la historia de la psiquiatría bajo diversas denominaciones, como parte del desarrollo de los manuales CIE y DSM.

## DSM

Tanto el Trastorno de Conducta como el Trastorno Negativista y Desafiante se encuentran enlistados en el DSM-IV-TR bajo el subtítulo de Trastornos de Conducta Disruptiva. [1] Aunque muchas de las manifestaciones en la niñez son similares a los comportamientos del adulto con diagnóstico de Trastorno Antisocial de la personalidad, el trastorno de Conducta ha quedado separado del diagnóstico del adulto para denotar lo que los psiquiatras creen un mayor cambio potencial en los jóvenes. El diagnóstico de los trastornos de conducta se remonta a un período en la historia de la psiquiatría, previo a la aparición del campo de la psiquiatría infantil, en que los psiquiatras de adultos se esforzaban por comprender los comportamientos de sus pacientes antisociales no psicóticos.

En 1952, con la aparición del DSM-I, la Asociación Americana de Psiquiatría codificó el diagnóstico de “Personalidad Sociopática: Reacción Antisocial”. [21] Los individuos con esta entidad nosológica eran descritos de manera peyorativa como inmaduros, desleales, hedonísticos, irresponsables, e incapaces de beneficiarse de la experiencia o el castigo. En el DSM-II, en 1968, bajo la categoría de Trastornos del comportamiento del niño y del adolescente, este diagnóstico devino en “Reacción agresiva antisocial del niño (o adolescente)”. Las palabras utilizadas para describir al síndrome se originaban más en el juicio clínico que en un proceso científico: vengativos, desobedientes, etc. [22] Las categorías incluían:

- *Trastorno transitorio situacional de la infancia y la adolescencia.*
- *Reacción agresiva antisocial de la infancia y adolescencia.*
- *Reacción delincuente de grupo de la infancia y adolescencia y*
- *Conducta disocial.*

En el DSM-III publicado en 1980 los trastornos de conducta fueron divididos en dos categorías distintas: *el trastorno Negativista y el trastorno de conducta* con diferentes subtipos, según el nivel de socialización o la presencia, o no, de conductas agresivas. *Distinguía entre mal socializado/agresivo y no agresivo y socializado agresivo/no agresivo.*

Tal como sucedía con el DSM-II algunos problemas de conducta son situacionales y entrarían a formar parte de la categoría referente a los trastornos adaptativos:

- *Con alteración de conducta.*
- *Con alteración mixta de las emociones y de la conducta.*

Con la revisión del DSM-III el trastorno Negativista pasa a llamarse Trastorno Negativista Desafiante cuya semiología características serían los comportamientos negativistas, provocadores y hostiles, aunque con el aspecto diferencial, respecto al trastorno disocial, de que no presentan violación de los derechos fundamentales de los demás.

Por tanto, en el DSM-III-R, en el epígrafe denominado *Conductas Perturbadoras*, se distinguen tres categorías:

- *La hiperactividad con déficit de atención.*
- *El trastorno Negativista desafiante y*
- *El trastorno de conducta o disocial.* Éste, a su vez, con dos subtipos: en grupo y el solitario agresivo.

Esta clasificación sigue haciendo hincapié en los aspectos sociales y morales y no se adapta a toda la casuística, especialmente en lo que se refiere a las niñas. [23]

El DSM-IV reagrupa los problemas de conducta en un epígrafe que denomina Déficit de Atención y Conductas Perturbadoras con cuatro grandes categorías: El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante y el no especificado.

En el DSM-IV el trastorno de conducta es definido como un conjunto de conductas repetitivas y persistentes en donde no son respetados los derechos fundamentales de los demás o las normas sociales, teniendo en cuenta la edad del paciente. Debe cumplir, al menos tres criterios durante el último año o uno durante los últimos seis meses (Criterio A) (Cuadro 3).

La clínica debe ocasionar un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, escolar o profesional (Criterio B). Si el sujeto tiene 18 años hay que evaluar la posibilidad de que no cumpla los criterios para el trastorno antisocial de personalidad. Debe presentarse antes de los 15 años.

Los problemas de conducta puede presentarse en contextos muy variados: escuela, en la casa y/ en distintos ambientes. Igualmente, no siempre la familia tiene conocimiento de ellos, dependiendo del nivel de vigilancia sobre el niño/a. Los niños con problemas de conducta reaccionan normalmente con excesiva hostilidad o conductas agresivas hacia los demás. Sin embargo, en función de la edad, la violencia física puede predominar en el comportamiento general.

Otra de las características es la falta de empatía hacia los demás que presentan los niños y adolescentes con este problema y suelen interpretar como hostiles las intervenciones de los demás. Suelen culpar a los demás de sus infracciones o justificarlas de forma excesiva. Se observa una baja tolerancia a la frustración, irascibilidad y crisis de cólera desproporcionadas.

## **CIE**

La CIE -8 de 1965 ya incluía una categoría específica denominada “Trastorno de Conducta de la Infancia”. Fue en la CIE-9 en donde se describen distintos trastornos de conducta a través de varias categorías:

- Trastornos de conducta, subtipo: socializado, no socializado, compulsivo, mixto, con hipercinesia, sin trastornos de personalidad.
- Trastorno hipercinético.
- Trastornos de la adaptación.
- Personalidades amorales, antisociales, asociales.
- Conducta disocial sin trastorno psiquiátrico (Código V).

En la CIE-10 se intenta realizar un esfuerzo por adaptarse a la clasificación americana (DSM), bajo la categoría F91 definiéndola como un conjunto de conductas repetitivas y

persistentes en donde no son respetados los derechos fundamentales de los demás, o las normas y reglas sociales, teniendo en cuenta la edad del paciente. La duración exigida es al menos de seis meses. Introduce una lista de 23 síntomas (Cuadro 4) sin que se establezca una jerarquía en cuanto a su importancia y sin reagrupamiento, como sí se hace en el DSM. Distingue, según la gravedad, entre leve, moderado y grave, dependiendo de si existe comorbilidad emocional o hiperactividad, aunque muy especialmente de la cantidad y tipo de síntomas predominantes. La CIE – 10, igualmente, hace hincapié en los aspectos socializadores de trastorno: Así, diferencia entre:

- *Subtipo socializado/no socializado*. Viene definido por la presencia, o no, de amistades durables en el grupo de iguales.

- *Subtipo limitado al contexto familiar*. Se limita al contexto familiar.

- *Subtipo Trastorno Negativista desafiante*. Se incluye en el epígrafe de trastorno disocial. Debe cumplir al menos cuatro síntomas o más de la relación expuesta en el cuadro 4, aunque no más de dos de los síntomas numerados del 9 al 23.

**Cuadro 4. Síntomas de los Trastornos de Conducta de la CIE-10**

1. Presenta accesos de cólera anormalmente frecuentes y violentos, teniendo en cuenta su nivel de desarrollo.
2. Discute frecuentemente con los adultos.
3. Se opone activamente a las demandas de los adultos o desobedece.
4. Realiza frecuentemente, de forma deliberada, cosas que contraría a los adultos.
5. Acusa frecuentemente a otros de ser responsables de sus faltas o de su mala conducta.
6. Es frecuentemente susceptible o contrariado por los demás.
7. Es frecuentemente rencoroso o vengativo.
8. Es frecuentemente malo o vindicativo.
9. Miente frecuentemente o no mantiene sus promesas, para obtener objetos o favores o para evitar obligaciones.
10. Comienza frecuentemente peleas (no tener en cuenta peleas entre hermanos y hermanas).
11. Ha utilizado un arma que puede herir seriamente a otro (por ejemplo un bastón, u ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma de fuego).
12. Permanece fuera de casa por la noche a pesar de la prohibición de los padres.

## ABORDAJE DIAGNÓSTICO

Existen múltiples instrumentos útiles en la detección de los trastornos externalizados. Por mencionar algunos se citan *NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV*, [24] *Child and Adolescent Psychiatric Assessment*, [25] *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children*, [26] y *Diagnostic Interview for Children and Adolescents*. [27] Es importante recalcar que la fuente de información, es decir, los informantes, son prescindibles para la detección de estos trastornos. La correlación entre diferentes informantes es baja. Loeber y cols. encontraron que, en promedio, los padres y los maestros, en comparación con los sujetos, reportaron una mayor prevalencia de TND. [28] No obstante, Angold y Costello mostraron que la información obtenida del niño era muy útil, particularmente para establecer los criterios de disfunción, y era mejor para predecir el TC un año después. [29] Se considera que los niños son informantes esenciales debido a que sus actos encubiertos no siempre son conocidos por los adultos. En este sentido, existen múltiples reportes de utilidad entre los diferentes informantes en detectar los criterios diagnósticos.

## EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios de prevalencia de TC y TND varían en sus resultados dependiendo si se usó el DSM-III-R o el DSM-IV, los instrumentos de medición, la ventana de tiempo considerada, el sitio de donde se obtuvo la muestra, el número de informantes, y si la disfunción producida se tomó en cuenta o no. El simple hecho de utilizar criterios del DSM-III-R en lugar del DSM-III disminuyó la prevalencia del TND en 25% y del TC en 44% en uno de los reportes. [30, 31] Asimismo, al utilizar criterios del DSM-IV en lugar del DSM-III-R los datos de prevalencia para el TC disminuyeron ligeramente, lo que no sucedió para el TND. [29] En la Cuadro 5 aparece un resumen de varios estudios con poblaciones epidemiológicas en donde se han obtenido prevalencias de ambos trastornos. En esta tabla no es posible establecer conclusiones acerca de la prevalencia de los trastornos en función de la edad.

Cuadro 5.- Prevalencia de TC y TND en muestras epidemiológicas									
Referencia	Población Base	Informantes (N=niño, P=Padre)	Instrumento Diagnóstico	DSM	Edad	Prevalencia			
						Niños		Niñas	
						TND	TC	TND	TC

Cohen et al. (1993)[20]	975	N,P	DISC	III-R	10-13 14-16 17-21	14.2 15.4 12.2	16.0 15.8 9.5	10.4 15.6 12.5	3.8 9.2 7.1
Loeber et al. (1998)[32]	1517	N,P	DISC	III-R	7 11 13	2.2 4.8 5.0	5.6 5.4 8.3		
Kashani et al. (1997)[33]	150	N,P	DICA	III-R	14-16		9.3		8.0
Feehan et al. (1994)[34]	930	N	DISC	III III-R	11 18	3.6	2.6	2.1 8.8	0.8 2.1
Offord et al. (1987)[35]	2674	N (edad 12-16), P	Rangos	III	4-11 12-16		6.5 10.4		1.8 4.1
Costello and Angold. (1998)[36]	4500	N,P	CAPA	III-R IV	9-15	2.1 4.5	4.8 3.9	1.5 2.5	1.2 1.3
Fergusson et al. (1993)[37]	965	P C	Rangos	III-R	15		1.8 5.1		3.3 1.8
TC=Trastorno de Conducta TND=Trastorno Oposicionista Desafiante									
Tomado de Loeber et al. (2000) [38]									

Algunos estudios sugieren que la prevalencia del TC tiende a incrementarse desde la infancia tardía hasta la adolescencia, [32] pero otros estudios no encontraron diferencias de edad o decrementos relacionados con la edad en la prevalencia del mismo. [20] Esta falta de consistencia acerca de la edad y el TC puede reflejar limitaciones metodológicas, pero también puede ser debido a la alta heterogeneidad de los síntomas del TC. No obstante, existe un consenso entre los estudios de delincuencia que muestran un incremento de la niñez a la adolescencia en la prevalencia de conductas disociales no agresivas. [16] Otras formas de agresión (como peleas físicas) tienden a disminuir en ese mismo período. [39, 40] Sin embargo, la prevalencia de serias formas de agresión, como robo, violación, homicidio, tienden a incrementar durante la adolescencia. [32]

En cuanto al género, parece claro que los niños, en comparación con las niñas, tienden más a cumplir con los criterios establecidos del DSM para el TC, y muestran una alta frecuencia de los síntomas del mismo. [41] Existe una evidencia reciente de que las diferencias en el sexo en los trastornos de conducta aparecen desde los 6 años de edad. [40, 42] Los datos en los estudios de la tabla 1 son inconsistentes en cuanto a las diferencias en el sexo, o su incremento con la edad.

Otro aspecto importante en la epidemiología de los trastornos de conducta es su alta prevalencia en los niveles socioeconómicos bajos, como es el caso del TC y del TND. [41] Así, el TC y la delincuencia son más comunes en los vecindarios caracterizados por altos grados de criminalidad y desorganización social. [32, 41]

## **COMORBILIDAD**

Quizás debido a la tendencia de otros trastornos a aparecer posteriormente en el desarrollo, o porque muchos estudios combinan tanto el TND y el TC, pocos estudios proveen evidencia de trastornos comórbidos asociados al TND. [43] No obstante en un estudio por Angold y Costello reportó relativamente bajos niveles de condiciones comórbidas en casos de TND en una muestra epidemiológica. En este estudio se hablaba de un 14% para TDAH, 14% para trastornos de ansiedad y 9% para trastornos depresivos. [44] Una amplia evidencia sugiere que el TC, sin embargo, se asocia con un riesgo incrementado para otros trastornos durante la niñez y la adolescencia. Después de un seguimiento a 4 años, los niños en el Ontario Child Health Study con TC al tiempo 1 tenían niveles aumentados de otros trastornos al seguimiento comparados con niños sin el trastorno: 46% VS. 13%, respectivamente, tenían uno o más trastornos. [18] Específicamente, 35% de los casos con TC al tiempo 1 tenían hiperactividad al seguimiento contra el 3% de los casos sin TC, y 29% contra 8%, respectivamente, tenían un trastorno emocional. A partir de los datos del estudio Dunedin, a los 18 años la probabilidad de tener otro trastorno en individuos con TC era mayor que la probabilidad de que los individuos con otro trastorno tengan TC. [34] De manera adicional, algunos trastornos se han sugerido que estén asociados con el TC, incluyendo trastorno de personalidad antisocial, abuso de sustancias, manía, esquizofrenia, y trastorno obsesivo compulsivo.[45] El TDAH es una condición comórbida común en el

TC en niños, una combinación que se asocia con un riesgo incrementado para ansiedad y depresión. [32, 46]

El papel que juega el TDAH en la niñez en el desarrollo del TC es un tema controversial que requiere mayor estudio y se complica aún más por la naturaleza multidimensional de los síntomas que constituyen el TDAH. Estudios longitudinales concuerdan que los niños con TDAH muestran niveles incrementados de conducta antisocial durante la adolescencia y la vida adulta. [47] No obstante, en estos estudios no es posible determinar si el TDAH es precursor del comportamiento antisocial posterior, ya que no se excluyó a aquellos niños con TDAH y TC comórbidos.

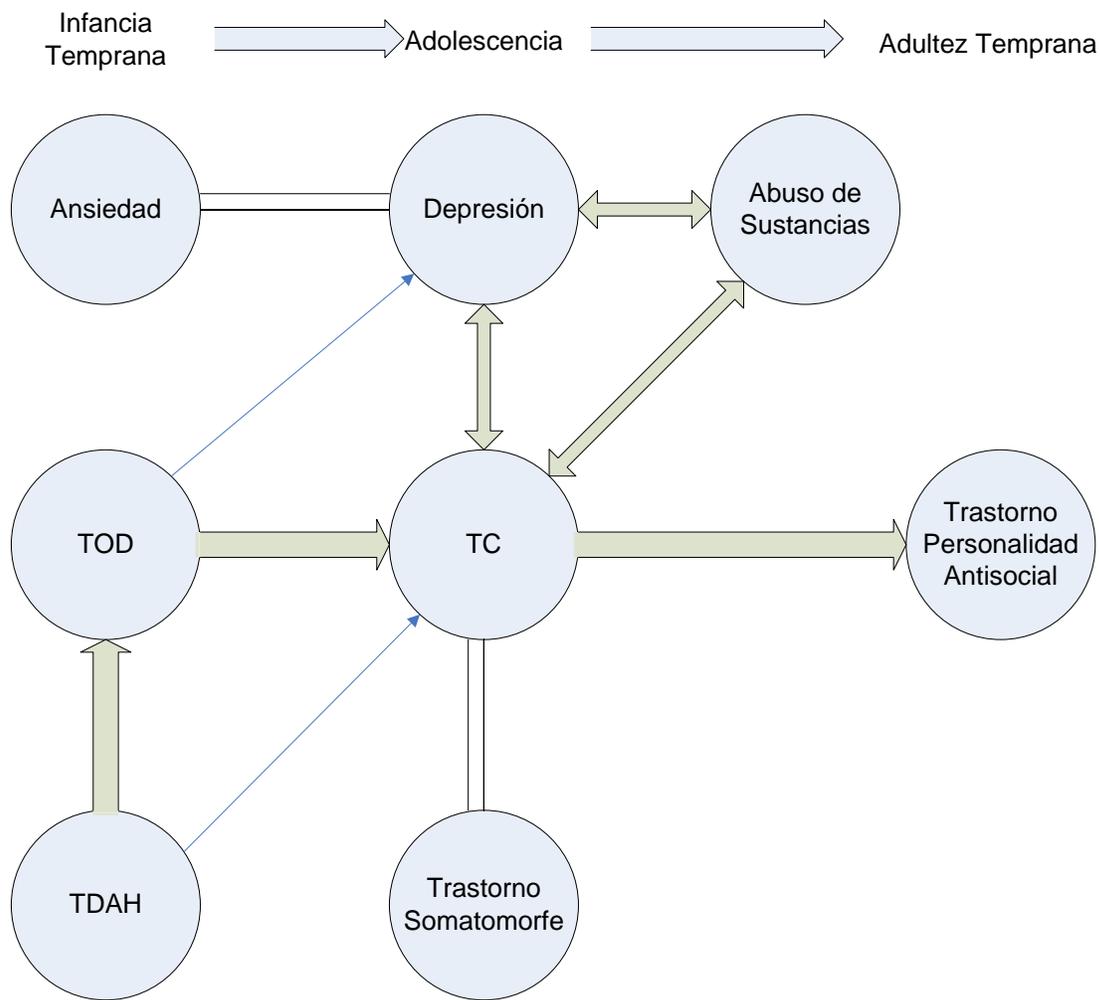
Dos estudios prospectivos del papel del TDAH en el desarrollo del TC que sí excluyeron a los niños con TC comórbido al momento inicial fueron realizados por Gittelman y cols. [48, 49] Aunque estos sugieren que el TDAH sea por sí solo precursor del TC, no se tomó en cuenta la medición del TND durante la niñez. Por lo tanto, los autores no evaluaron la hipótesis alterna de que el TND y no el TDAH se asocia con la aparición del TC, y eventualmente, del Trastorno de personalidad antisocial en la vida adulta. Otro obstáculo para estos estudios es que se llevaron a cabo antes de la aparición del DSM-III y las definiciones de los trastornos varían en comparación con las actuales.

De manera inversa, un número de estudios prospectivos han encontrado que los jóvenes con TDAH sólo no tenían mayores niveles de conducta antisocial en la adultez que los niños sin TDAH ni TC.[50, 51] Biederman et al, en un estudio publicado en 1996, encontró que el TDAH era un pobre predictor del TC, en la ausencia del TND en un seguimiento a 4 años. [52] Otros autores señalan que la asociación entre la hiperactividad en la infancia y la criminalidad en la vida adulta es casi siempre mediada por la presencia de problemas de conducta en la infancia. [53] Loeber y cols. Reportaron que la presencia del TDAH no distinguía entre niños con y sin TC después de un período de 5 años. Encontraron, sin embargo, que el TDAH se asociaba con inicio temprano de TC en aquellos niños que sí lo desarrollaron. [54]

Un modelo que describe una teoría de las relaciones entre el TDAH, TND, y el TC ha sido desarrollado por Lahey y Loeber. [55-57] Este modelo hipotetiza que sólo los niños con TDAH que también exhibieron TND comórbido desarrollarán TC en la niñez, con un subgrupo de niños con TC que desarrollarán posteriormente trastorno de la personalidad antisocial. Además, hay una continuidad de desarrollo heterotípica (es decir, existen manifestaciones cambiantes del mismo trastorno) en TND, TC, y trastorno de personalidad antisocial, mientras que el TDAH influencia la progresión en el desarrollo desde lo menos severo hacia lo más severo en los síntomas de conducta. En éste último punto, la literatura es generalmente consistente: Se ha encontrado que el TDAH influencia el desarrollo, curso, y severidad del TC. Los niños con TC y TDAH comórbido tienen una edad de inicio mucho menor de conductas disruptivas que los niños con TC sólo.[58] Adicionalmente, un número de estudios sugieren que el TC es más severo y persistente cuando los niños presentan TDAH. [50, 51, 59-61] Satterfield y Schell encontraron que, en niños hiperactivos, sólo un problema de conducta era necesario para predecir conducta antisocial severa en la adolescencia y en la vida adulta. [53] Desafortunadamente, ninguno de estos estudios utilizó definiciones que fueran similares a las del DSM-III-R o DSM-IV. En una revisión, Jensen y cols. concluyeron que la evidencia acerca de la severidad y la persistencia de TC y TDAH apoya una relación interactiva, sinérgica, entre ambos trastornos. [62] En otra revisión, Hinshaw y cols. concluyeron que, en comparación con otros niños con TC, los sujetos con TC y TDAH comórbido tienen una edad de inicio más temprana de TC, y exhiben mayor agresión física y síntomas de TC más persistentes. [63] Otros investigadores han considerado el impacto de las dimensiones individuales del TDAH (inatención, hiperactividad, impulsividad) en la relación entre el TC y el TDAH comórbido. Babinsky y cols., utilizando criterios del DSM-IV, encontraron que la hiperactividad/impulsividad, pero no la inatención, contribuían al riesgo para el involucro criminal sobre el riesgo asociado con problemas de conducta tempranos. [64] Magnusson et al. encontraron que la combinación de agresividad e inquietud motora a los 13 años de edad era un antecedente más fuerte de criminalidad adulta que la agresividad o la inquietud motora por sí solas. [61]

Existe literatura que sugiere una compleja variedad de comorbilidad del trastorno de conducta con los trastornos ansiosos. Por una parte, los estudios epidemiológicos muestran

que niños pre-púberes con trastornos de ansiedad que no tienen TC presentan un riesgo reducido para los problemas de conducta posteriormente en la adolescencia. Por otro lado, otro cuerpo de evidencia sugiere que tanto los trastornos de ansiedad como TC son altamente comórbidos durante la infancia y la adolescencia. [65, 66]



Cuadro 6. Secuencias del desarrollo entre los trastornos del comportamiento disruptivo y sus comorbilidades. (Tomado de Loeber et al., 2000) [38]

# Capítulo 3.- Trastornos Disruptivos y factores de riesgo

---

El modelo de desarrollo básico que menciona el DSM-IV sostiene que los trastornos disruptivos del comportamiento no son transitorios, sino trastornos estables y que el TND puede ser un precursor del TC, el cual, a su vez, puede ser un precursor del Trastorno de Personalidad Antisocial.[1]

## **DESARROLLO DEL TND AL TC**

Algunos investigadores sugieren que el TND es un trastorno relativamente benigno con buen pronóstico. [67] Otros perciben a los dos trastornos (TND y TC) como jerárquicamente relacionados [56], tomando en cuenta que sólo una proporción de los casos de TND progresan a TC. [15, 67] A medida que los niños maduran, hay cambios en las manifestaciones de las conductas disruptivas que presentan, lo cual refleja una continuidad, en lugar de una estabilidad. Cohen y Flory, por medio de datos longitudinales encontró que el riesgo del inicio del TC era hasta cuatro veces mayor en sujetos con TND que en aquellos sin TND previo. [15] Debido a que el inicio del TC es más tardío en las niñas que en los niños, es más probable que ellas no muestren una historia de TND previo, y que existan vías alternativas para el desarrollo del TC. [68]

## **MODELOS DE SECUENCIAS DE DESARROLLO EN LOS SÍNTOMAS**

Los estudios longitudinales han mostrado que existe una sucesión de los síntomas a través del tiempo. [69-71] Así, la aparición de síntomas menos severos tiende a anteceder la aparición de síntomas moderados, los cuales preceden la aparición de síntomas severos.

Loeber y cols., en 1993, presentaron un modelo de tres niveles de síntomas disruptivos (TND modificado, TC intermedio, y TC avanzado). [72] Mayor evidencia para este modelo fue presentada un año después. [55, 73] Loeber y cols. investigaron vías del desarrollo para las conductas severas y comportamiento delictivo. De este trabajo se distinguen tres vías: 1) una vía abierta, progresando desde menor agresión a peleas físicas y después a violencia; 2) una vía encubierta antes de los 15 años, desde conductas encubiertas menores hasta daño a la propiedad (incendios o vandalismo), y posteriormente hacia moderadas a severas formas de delincuencia; y 3) una vía de conflicto con la autoridad antes de los 12 años, progresando desde un comportamiento obstinado hasta desafío y evasión de la autoridad. Estas vías representan diferentes líneas del desarrollo. Los niños podrían estar en varias vías diferentes a la vez, lo cual puede explicar a los casos difíciles de conducta. [74]

La labor realizada acerca de las vías del desarrollo no incluyó a los niños en edad pre-escolar. No obstante, se acepta que la conducta agresiva en los primeros años de la vida es relativamente común y disminuye con el tiempo en la mayoría de los casos. [75] La literatura apoya la existencia de factores que explican parcialmente la etiología de los trastornos externalizados. Podemos dividirlos en Biológicos y Sociales. En este capítulo mencionaremos algunos de los factores biológicos, para después pasar a los sociales y al funcionamiento familiar en el siguiente.

## **FACTORES BIOLÓGICOS**

Los trastornos de la conducta disruptiva suelen ser identificados clínicamente mediante la evaluación de los comportamientos, no obstante suponen una disfunción subyacente a nivel biológico. [1] Los factores biológicos involucrados en el desarrollo de los síntomas de los trastornos de la conducta disruptiva han sido subdivididos en genéticos, neuroanatómicos, y neuroquímicos. Esto no sugiere que se trata de categorías independientes entre sí, sino que se encuentran interrelacionadas.

## **FACTORES GENÉTICOS**

Eaves y cols., mediante estudios con gemelos que incluían reportes de la madre, el padre y los niños, encontró una alta correlación genética, entre ambos géneros, de confiabilidad para TND y TC, lo cual sugería una condición subyacente común. [76] En un estudio anterior, Pike y cols. observaron reportes de padres, niños y observadores en una muestra de pares de hermanos del mismo sexo en niñez tardía y adolescencia. Descubrieron evidencia de que los factores genéticos explicaban principalmente la asociación entre la negatividad familiar y el comportamiento antisocial del adolescente, aunque al mismo tiempo encontraron un pequeño efecto para el entorno familiar no compartido. [77] Pareciera que los factores genéticos y ambientales tienen participaciones diferentes en el desarrollo de los trastornos disruptivos y la delincuencia. La evidencia sugiere, en general, que existen asociaciones entre factores genéticos y agresión versus factores ambientales y delincuencia no agresiva [78], y entre conducta criminal temprana (principalmente ambiental) versus conducta criminal adulta (principalmente genética). [79] Sin embargo, los datos deben controlarse por la influencia del uso de diferentes informantes en los estudios, etapas del desarrollo, y los tipos de mediciones empleadas.

Las conductas disruptivas y antisociales tienden a agregarse en las familias. [39, 80] Una historia de trastornos de conducta antisocial en los padres está asociada con trastorno de conducta de inicio en la pre-adolescencia. En los niños con TDAH y Trastornos de conducta disruptiva comórbidos, los trastornos externalizados paternos están asociados con TC comórbido y moderadamente asociados con TND comórbido. [81] En las niñas, las conductas antisociales de madre e hija están asociadas, con mayor influencia proveniente de estrés psicológico parental que de las conductas paternas. [82] Un riesgo no específico para los trastornos de conducta disruptiva proviene de la depresión paterna, la cual está en función del inicio y de la persistencia de los mismos en los hijos. [54] Aun con estos datos, la manera en que la genética influye en el desarrollo de los trastornos de la conducta disruptiva requiere mayores estudios.

## NEUROANATOMÍA

El uso de relativamente nuevas técnicas para examinar el funcionamiento cerebral ha clarificado asociaciones entre ciertas regiones neuroanatómicas y elementos de los trastornos de la conducta disruptiva. Una disminución en el metabolismo de la glucosa en el funcionamiento del lóbulo frontal se ha asociado frecuentemente con violencia. [83] Un daño al lóbulo frontal también ha sido asociado con agresión, especialmente daño orbito-frontal con impulsividad. [84] Golden y cols. distinguieron entre agresión derivada del lóbulo frontal y del lóbulo temporal; la primera caracterizada por provocaciones más claras de agresión y patrones de respuesta agresiva; la segunda por respuestas a provocaciones mínimas y sin premeditación. [85] Otro estudio realizado por Davidson et al. consideraron que la agresión impulsiva y la violencia provenían como una consecuencia de un error en la regulación de la emoción. Los autores explican que la corteza pre-frontal recibe una gran proyección serotoninérgica, la cual es disfuncional en individuos que muestran violencia impulsiva. [86] A partir de este hallazgo, Baving et al. hipotetizaban que los patrones de activación anómalos del lóbulo frontal en los niños con TND representaban un sustrato biológico de un tipo negativo de afecto. [87]

Más recientemente, mediante el uso de un protocolo de morfometría basado en voxeles, Sterzer et al. compararon el volumen de materia gris cerebral en 12 pacientes con trastorno de conducta con 12 sujetos controles. Encontró que el volumen de materia gris en la corteza insular anterior y en la amígdala izquierda estaba significativamente reducido en los pacientes con TC en comparación con los sujetos controles, lo cual relacionó como posiblemente debido a conducta agresiva. El volumen de la materia gris insular anterior bilateral se correlacionaba significativamente con mediciones de empatía. [88] Estos descubrimientos apuntan hacia un sustrato neuroanatómico para la conducta agresiva y la incapacidad para la empatía, sugiriendo un papel de la ínsula anterior en la regulación de la conducta social. El campo de la anatomía en el estudio de la conducta aún requiere, sin embargo de mayores avances que identificarían las regiones involucradas en los trastornos de conducta disruptiva.

## **NEUROTRANSMISORES**

Mediciones bajas de metabolitos de serotonina en líquido cefalorraquídeo se han asociado a conductas agresivas en los niños. [89] Cuando el TC comienza en la infancia, los niveles sanguíneos de serotonina son mayores que cuando comienza en la adolescencia y esto está asociado a violencia durante la adolescencia. [90] Otro marcador biológico estudiado en este sentido ha sido la medición de prolactina después de la administración de fenfluramina. [91] Los niveles altos de la primera se han correlacionado con agresión en los niños, pero de manera inversa en los adultos. Estos hallazgos sugieren que una reducción en el metabolismo de la serotonina central se encuentra asociada con mayor agresión y otros aspectos de los trastornos de conducta disruptiva en los niños. Se han encontrado también asociaciones entre el alcoholismo con la conducta disruptiva y alelos de los polimorfismos TaqI A y TaqI B del gen del receptor D2 de dopamina. [92] El alelo de repetición 7 del gen del receptor de dopamina D4 y el alelo de repetición 10 del gen del transportador de dopamina DAT1 han mostrado asociación con los síntomas del TDAH y TC en la adolescencia. [93]

## **OTROS NEUROQUÍMICOS Y MARCADORES BIOLÓGICOS ESTUDIADOS**

Los niveles de cortisol salival bajos se han asociado con el TND en niños. [94] También se han asociado con la persistencia y el inicio temprano de agresión en los niños. [95] En otro estudio más reciente se encontraron niveles bajos de cortisol salivar en asociación con reportes de maestros de niños con TC. [96] Otra sustancia relacionada con agresión ha sido la testosterona, incluyendo la edad temprana de inicio de la conducta agresiva. [83] El aumento de las conductas disruptivas en la adolescencia se han atribuido de manera principal a un incremento en las conductas agresivas no físicas, sin encontrarse evidencia de que la agresión esté relacionada con los mismos. [97]

Los niveles bajos de frecuencia cardíaca basal se han asociado con conducta antisocial adolescente, y en niños con TND. Sin embargo, existe una asociación de TC y baja frecuencia cardíaca en niños, y TC y alta frecuencia cardíaca y ansiedad en niñas. [98]

Un estudio relativamente reciente examinó si los niños con TDAH tenían una menor actividad nerviosa autonómica y si mostraban menor reactividad al estrés que los niños con trastorno de ansiedad. También exploró si tales diferencias se debían a TND o TC comórbidos en algunos de estos niños. 43 sujetos realizaron una prueba de estrés en la cual se midieron la frecuencia cardíaca y el nivel de conductancia dérmica. Los resultados mostraron que los niños con TDAH tenían similares niveles de conductancia dérmica que los niños con ansiedad, pero mostraron menor reactividad cardíaca. El grupo con TDAH y TND/TC tenía ligeramente mayores niveles de frecuencia cardíaca que los niños con TDAH sólo, pero mostraron similar conductancia dérmica y reactividad y recuperación cardíacas. Se concluyó que los niños con TDAH tienen menor reactividad cardíaca inmediatamente después del estrés que los niños con trastorno de ansiedad, lo cual no se debía a TND/TC comórbido, y lo cual podría estar relacionado con una activación parasimpática mayor que simpática. [99] Aun más marcadores se han investigado y tienen que ver con el uso del tabaco durante el embarazo materno, el abuso de sustancias paterno, las complicaciones perinatales, los niveles altos de plomo en sangre por exposición, que requieren aún mayor revisión y escapan de los objetivos de este trabajo.

# Capítulo 4.- Funcionamiento familiar en trastornos externalizados

---

Al hablar del funcionamiento familiar el primer problema que se presenta es definir el concepto del mismo. La familia, en función de su estructura, suele describirse como el conjunto de dos generaciones que comparten un mismo techo. No obstante, este concepto dista mucho de ser completo. Podemos definir a la familia como un conjunto de personas, con relaciones de consanguinidad y/o filiación, que interactúan entre sí para la satisfacción de sus necesidades, que pueden ser de índole biológica, psicológica, y social. [100]

Si las necesidades mismas de los miembros de una familia ofrecen un motivo particular de su reunión, un fin último de su existencia de la familia como tal, se generará un comportamiento del grupo que permita cubrir esas necesidades. En general los objetivos de la familia son la procreación, la crianza, y constituir un soporte sólido social para interactuar con el resto de la sociedad, incluyendo la satisfacción de los requerimientos individuales de afecto y apoyo. [101]

En este sentido, las familias constituyen un sistema dinámico, en constante movimiento, en donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el bienestar del otro [100]. Es este dinamismo lo que hace que el sistema funcione como tal, y que el sistema se perpetúe. Así, se dice que algunas familias son funcionales y otras disfuncionales. Las primeras cumplen con sus metas de procurar el bienestar de sus miembros de manera activa; mientras que las segundas tienden a desintegrarse, o a deteriorar múltiples ámbitos de la vida de sus miembros. De este modo, se deriva que las diferencias entre una familia y otra deberían ser medibles. Para explicar la causa de estas diferencias se ha propuesto que la calidad de su funcionamiento es una característica implicada en el porvenir del grupo. La capacidad del sistema familiar para permanecer, proporcionar bienestar y crecimiento al individuo y al conjunto, resolver y superar cada una de las etapas de su ciclo vital, enfrentar y superar las crisis emergentes, está íntimamente ligada con su calidad de funcionamiento. [102]

Por tanto, el funcionamiento familiar, desde el punto de vista de su calidad, es una característica medible de los sistemas familiares que denota su dinamismo, y la eficacia con que las interacciones entre sus miembros son útiles para resolver los obstáculos que amenazan su integridad como grupo, y su bienestar y crecimiento como individuos.

La investigación en el campo de funcionamiento familiar frecuentemente involucra a los profesionales de la terapia familiar, psicólogos y psiquiatras; y sus objetivos buscan encontrar patrones distintivos de funcionamiento que determinen pronósticos específicos en la psicopatología grupal o individual. Desafortunadamente, clasificar a las familias de manera cualitativa y asociar patrones específicos de funcionamiento con condiciones nosológicas precisas representa una meta utópica, difícil de haberse logrado en la actualidad. No obstante, los intentos por llegar a aproximaciones en esta línea de investigación, han arrojado información valiosa sobre el funcionamiento familiar en algunos trastornos médico/psiquiátricos, incluyendo depresión, ansiedad, síndrome de colon irritable, suicidio, anorexia y bulimia, asma, abuso de alcohol, etc. [103-107]

En los capítulos anteriores se ha expuesto cómo los trastornos externalizados podrían precederse unos de otros, en una secuencia de menor a mayor severidad de los síntomas, partiendo desde el TDAH, el TND, el TC, y posteriormente hacia abuso de sustancias y el Trastorno de Personalidad Antisocial. Si bien no es clara la presencia de un sustrato biológico inequívoco en la etiología de los trastornos disruptivos, los factores psicosociales serían los más importantes en el desarrollo de los mismos; uno de los factores psicosociales, quizás el más importante, corresponde al funcionamiento familiar.

Existe un número de estudios que han evaluado al ambiente familiar en el terreno de los trastornos externalizados. Muchos de ellos muestran que niveles bajos en el funcionamiento familiar se relacionan con conducta disruptiva.

Desde el inicio de la edad pre-escolar, el funcionamiento familiar parece estar asociado a brotes de agresividad en los niños. Johnson (2003) observó a 57 familias biparentales trabajando y jugando juntos cuando su hijo mayor cursaba la preprimaria y nuevamente durante cuarto grado de la escuela primaria para identificar patrones distintos del funcionamiento familiar derivado de la teoría de sistemas. Se analizaron familias cohesivas, separadas y trianguladas. Éstas últimas se caracterizan por coaliciones trans-generacionales (padre-hijo/madre-hijo) con el fin de provocar conflictos hacia un tercero (cónyuge). Fue estas familias en donde se observaron conductas externalizadas en los niños. Durante el cuarto año de primaria, estos niños se mostraron más agresivos que sus pares de familias cohesivas y separadas; los cambios en su comportamiento, medidos por reportes de maestros, se asociaron con cambios observados en el funcionamiento familiar entre las dos mediciones. [108]

Se ha asociado al funcionamiento familiar con el nivel de adaptación psicosocial de los adolescentes. Un trabajo publicado que se realizó con 429 adolescentes evaluó el funcionamiento familiar de sus familias por medio de varios informantes, y se encontraron asociaciones con mediciones de bienestar psicosocial, adaptación escolar, conductas disruptivas, uso de tabaco y drogas. [109] En otro estudio con 1519 adolescentes, encontró que las mediciones anteriores se asociaban más con medios socioeconómicos bajos. [110]

La mayoría de los estudios acerca de las familias y los trastornos externalizados, abordan más sobre el estilo de crianza y no tanto sobre el funcionamiento familiar. McFarlane y cols. estudiaron la asociación de la crianza, el funcionamiento familiar y mediciones de bienestar de los adolescentes, contrastando familias intactas con aquellas con cambios en su configuración. Se incluyó a 801 alumnos de décimo grado de “high school” provenientes de 11 escuelas. Los resultados indicaron que los cambios en la configuración de las familias no fueron determinantes en el funcionamiento familiar, sino que el estilo de la crianza incidió sobre el funcionamiento familiar y el bienestar de los adolescentes. [111]

Frick et al., mediante una muestra clínica de 177 niños de 7 a 13 años de edad, encontraron una asociación entre el TC/TND y varios aspectos del funcionamiento familiar. Por parte de

la madre, una supervisión disciplinada persistente y, por parte del padre, el diagnóstico paterno de trastorno de personalidad antisocial y abuso de sustancias, fueron aspectos familiares importantes. [112] Haapasalo et al. reportaron que el castigo severo en la crianza, en interacción con participación de adolescentes en peleas frecuentes, junto con una pobre supervisión, predijeron delincuencia auto-reportada en jóvenes de 6 a 14 años de edad, con mayor frecuencia en niveles socioeconómicos bajos. [113]

Algunos aspectos de los padres, como el grado de involucro, el manejo de los conflictos padre-hijo, el monitoreo, la disciplina inconsistente y severa, se han correlacionado con conducta disruptiva y delincuencia. [114] Stormshak y cols. encontraron que la disciplina punitiva y severa por los padres era un factor de riesgo común entre los niños para conductas negativistas, agresivas, hiperactivas, y síntomas internalizados. De manera específica, existían asociaciones entre el castigo agresivo físico y las conductas agresivas del niño, y entre el pobre involucro/calidez parental y las conductas negativistas. [115]

Wootton y cols. estudiaron una muestra de 166 niños de 6 a 13 años de edad, encontraron un efecto de una crianza inefectiva con los trastornos de conducta disruptiva sólo en casos sin niveles significativos de pobreza de empatía (*callous*) y manipulación, falta de culpa, constricción emocional e indiferencia (*unemotional*). Por el contrario, los niños con altos niveles de estas características exhibieron un gran número de problemas de conducta, sin importar la calidad de la crianza. [116]

Siguiendo en este sentido, la crianza suele ser inefectiva cuando el trato de los padres es desigual. Cuando hay diferencias en el trato y la forma de crianza entre los hermanos, particularmente con rechazo paterno, existe una influencia sobre la conducta disruptiva. [117]

En la literatura existen muy pocos estudios que evalúen el funcionamiento familiar y los trastornos de la conducta disruptiva por separado (TND/TC). Greene y cols. compararon interacciones familiares, funcionamiento social, y comorbilidad psiquiátrica en sujetos de ambos sexos con TND (N=643) o TC (N=262) comórbido, y con un grupo psiquiátrico

control sin trastornos disruptivos (N=695). Los primeros dos grupos (TND y TC) se encontraron con mayor comorbilidad psiquiátrica y significativamente mayor disfunción familiar y social en relación con el grupo de control. Las diferencias entre los sujetos con TND y los sujetos con TC se observaron principalmente en cuanto a niveles de trastornos depresivos y disfunción social. [118]

En otro estudio se comparó 92 sujetos de 6 a 11 años, con TDAH y con TDAH/TND/TC. Se encontró que los niños del segundo grupo tenían mayor depresión materna y abuso de alcohol paterno, así como mayor disfunción familiar. [119]

# Capítulo 5.- Justificación, Objetivos e Hipótesis

---

## **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO / PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

---

Los trastornos de conducta disruptiva son relativamente frecuentes en poblaciones clínicas psiquiátricas; su importancia radica en que pueden predisponer a los sujetos para ser portadores de abuso de sustancias, trastorno antisocial de la personalidad o delincuencia, además de que confieren riesgo para mayor comorbilidad psiquiátrica tanto en la adolescencia como en la vida adulta. Su etiología incluye tanto factores de riesgo biológicos como psicosociales, ambos aún en estudio. El funcionamiento familiar se ha señalado como importante factor de influencia en la aparición de conductas disruptivas. La literatura actual cuenta con muy pocos estudios que evalúen el funcionamiento familiar en el TC o en el TND por separado. En nuestro país existe muy poca información acerca de la interacción entre las familias y los trastornos disruptivos.

## **DISEÑO**

---

Estudio transversal, descriptivo, homodémico.

## **OBJETIVOS**

---

### **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el funcionamiento familiar de los adolescentes con trastorno disocial (TD), trastorno negativista desafiante (TND), y trastorno por déficit de atención (TDAH).

### **OBJETIVO ESPECÍFICO**

A.- Comparar el funcionamiento familiar en los pacientes con TD y TND, en presencia de TDAH.

### **HIPÓTESIS**

---

#### **HIPÓTESIS GENERAL**

HG. Los pacientes con diagnóstico de TD, TND, o TDAH exhibirán un bajo nivel de funcionamiento familiar.

#### **HIPÓTESIS ESPECÍFICA**

H1. El nivel de funcionamiento familiar será más bajo en pacientes con el diagnóstico de TDAH comórbido con TD y con TND; y más alto en pacientes con TDAH comórbido con uno solo de los otros dos diagnósticos: TND ó TD.

# Capítulo 6.- Método

---

## UNIVERSO DE ESTUDIO

---

Se conformó la población por una muestra clínica constituida por pacientes atendidos en la clínica de adolescentes del **Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (INPRM)**, ( $N=37$ ) así como del **Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (HPIJNN)**, ( $N=19$ ) que acudieron a consulta en el período entre marzo a diciembre del 2007 por presentar como motivo principal un problema de conducta.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Ambos sexos
2. Edades comprendidas entre los 12 y los 18 años
3. Pacientes que cuenten con diagnóstico de TDAH, y que además su diagnóstico principal sea TD ó TND.
4. Pacientes que cuenten con consentimiento informado por escrito, aprobado y firmado por sus padres.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Presencia de padecimientos médicos no psiquiátricos (PMNP) en el paciente.
2. Pacientes con sintomatología psicótica.
3. Falta de cooperación para el estudio.
4. Pacientes que no sepan leer ni escribir o que no sean aptos para responder los instrumentos.
5. Pacientes que no cuenten con consentimiento informado por escrito, aprobado y firmado por sus padres.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

---

- Datos sociodemográficos y clínicos del paciente (definido por contenido incluido en Entrevista Semiestructurada para Adolescentes ESA).
- Diagnóstico psiquiátrico en los últimos seis meses.
  - Diagnóstico psiquiátrico actual del paciente (TD, TND, ó TDAH) (definido por Entrevista Semiestructurada para Adolescentes ESA).
- Diagnóstico psiquiátrico del paciente en el pasado.
  - Diagnóstico psiquiátrico en el pasado del paciente (TD, TND, ó TDAH) (definido por Entrevista Semiestructurada para Adolescentes ESA). Se definirá el criterio de presencia de diagnóstico psiquiátrico en el pasado tomando en cuenta que hayan transcurrido más de 6 meses a partir del momento de la entrevista.
- Severidad de síntomas de conducta.
  - Puntuación de Escala de evaluación de problemas externalizados para adolescentes y adultos jóvenes (EPE-AA).
- Funcionamiento Familiar.
  - Puntuación de Escala de Funcionamiento familiar (FF).
  - Puntuación de la escala APGAR Familiar (APGAR).

## INSTRUMENTOS

---

### 1. Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA)

La ESA es una entrevista semiestructurada desarrollada en la Clínica de Adolescentes del INPRF, que como instrumento diagnóstico permite establecer las principales categorías señaladas dentro del DSM-IV. Esta entrevista cubre los principales padecimientos externalizados e internalizados, permite establecer diagnóstico en el momento actual, a lo largo de la vida, o bien la identificación de síntomas como rasgos en el paciente.

Se han publicado resultados de los estudios de confiabilidad interevaluador y temporal. Los coeficientes de correlación Kappa (K) en el estudio de confiabilidad interevaluador a la presencia del diagnóstico fueron: Trastorno Depresivo Mayor (TDM) 0.92; Trastorno Distímico, 0.81; Trastorno de ansiedad de separación (TAS) 0.74; Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad (TDAH) 0.75; Trastorno disocial (TD) 0.97 y Trastorno negativista desafiante (TND) 0.92. Los coeficientes de correlación Kappa en el estudio de confiabilidad temporal (test-retest) fueron: TDM 0.59, Distimia 0.40, TAS 0.58, TDAH 0.78, TD 0.85, TND 0.51.

Los coeficientes de correlación K interevaluador para las principales categorías diagnósticas expresan un rango de 0.74 a 0.97 con media de 0.85, éstos resultados son muy similares a los que otros investigadores han reportado con diferentes entrevistas semiestructuradas; el Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) reporta un rango de 0.64 a 1 con media de 0.85.

Al comparar los coeficientes de correlación K de la ESA con entrevistas altamente estructuradas como el Diagnostic Interview Schedule for Children – Revised (DISC-R), para el conjunto de los padecimientos internalizados y externalizados encontramos una gran similitud. La ESA reporta un promedio para padecimientos externalizados  $K=0.75$  y para padecimientos internalizados  $K=0.55$ .

Para fines de este estudio se incluirán solamente los apartados diagnósticos correspondientes a los trastornos TDAH, TD y TND.

## **2. Escala de evaluación de problemas externalizados para adolescentes y adultos jóvenes (EPE-AA)**

Esta escala fue diseñada dentro de la clínica de adolescentes del INPRM, con el objetivo de contar con una herramienta que determinara la presencia y severidad de la sintomatología principal de los padecimientos del espectro externalizado, (TDAH, TD, TND). Para este efecto, se llevó a cabo la evaluación de 640 pacientes del servicio de consulta externa, y se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax. La

validación de constructo reportada por el análisis factorial en la población clínica arrojó los siguientes datos:

- 5 factores con una varianza acumulada del 40.7%
- El factor inatención explicó el 9.9% de la varianza,
- El factor Negativista desafiante un 8.8%,
- El factor hiperactivo – impulsivo un 7.7%,
- El factor disocial – predatorio un 7.5% y
- El factor disocial no predatorio el 6.8%.

El valor alfa de Cronbach pre y postest fue de  $\alpha = 0.9114$  y  $\alpha = 0.9224$  respectivamente. La confiabilidad prueba – respuesta se realizó mediante la  $r$  de Pearson para cada factor y arrojó:

- Factor inatención (  $r = 0.77$  vs  $0.79$  )
- Factor Negativista-desafiante (  $r = 0.64$  vs  $0.74$  )
- Factor hiperactivo-inatento (  $r = 0.76$  vs  $0.77$  )

### **3. Escala de funcionamiento familiar FF - SIL**

La escala FF – SIL fue publicada en 1999 por Veitía y cols. A partir de entonces ha sido ampliamente utilizada en poblaciones de habla hispana. [120] Este cuestionario evalúa diversas categorías: Cohesión, que implica la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas; Armonía, que se define como la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo; Comunicación, cuando los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa; es la habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera; Afectividad, es la capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas los unos a los otros; Rol o papel, que cada miembro de la familia cumple con las responsabilidades y funciones negociadas por el grupo familiar; Permeabilidad, es la capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones. Para el diseño de esta prueba

se siguió el principio de que fuera un instrumento sencillo, de bajo costo, de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad y que pudiera ser aplicado por el personal que labora en las áreas de salud en general. Este instrumento evalúa el funcionamiento familiar a partir de la percepción de uno de los miembros y su aplicación se realizará al miembro de la familia que, a criterio del equipo de salud, tenga capacidad para responderla en condiciones de privacidad adecuadas.

Las categorías son distribuidas de la siguiente forma, de acuerdo a los ítems que explora: cohesión 1 y 8, Armonía 2 y 13, Comunicación 5 y 11, Adaptabilidad 6 y 10, Afectividad 4 y 14, Roles 3 y 9, y Permeabilidad 7 y 12.

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítem. La escala tiene diferentes valores de acuerdo al criterio seleccionado: casi siempre 5, muchas veces 4, a veces 3, pocas veces 2, casi nunca 1. El diagnóstico de funcionamiento familiar según la puntuación total: funcional, de 70 a 57; moderadamente funcional de 56 a 43; disfuncional, de 42 a 28 y severamente disfuncional de 27 a 14 puntos.

#### **4. APGAR Familiar**

El APGAR familiar es un instrumento útil para conocer si la familia puede considerarse un recurso de apoyo o si por el contrario influirá en el empeoramiento de funcionamiento. Es una técnica rápida y sencilla desarrollada por Smilkstein en 1978. [121] La escala consta de 5 ítems y se califica 0 casi nunca, 1 a veces y 2 casi siempre. El resultado se considera como variable dicotómica >6 funcional, < de 6 disfuncional. Esta escala se ha utilizado en niños y adolescentes en varios estudios para evaluar el funcionamiento familiar. [122-125] La escala fue validada al castellano en 1996. Los coeficientes de correlación intraclase de los 5 ítems del Apgar-familiar fueron superiores a 0.55, tanto si eran autocumplimentados como con entrevistador; los de la escala fueron 0.86 y 0.81, respectivamente. La correlación ítem-escala varió de 0.61 a 0.71. El alfa de Crombach fue 0.84. [126]

## **PROCEDIMIENTO**

Para constituir la muestra clínica se citó a los pacientes que recibían atención en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” y en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” del 1 de marzo del 2007 al 15 de diciembre del 2007, que cumplieran con los criterios de inclusión. Se evaluó al paciente en una sola ocasión, en donde se le ofreció información y su consentimiento por escrito, que firmaron tanto el paciente como los familiares, (padre, madre o tutor). Después de aceptar, se entrevistó al paciente en presencia del familiar para aplicar las escalas ESA, EPE-AA, FF-SIL y APGAR. Las preguntas relacionadas con el funcionamiento familiar fueron dirigidas a describir las características de las familias tanto en el momento actual como durante el momento específico del inicio del padecimiento de conducta (TD, TND); de manera que antes de aplicar las escalas FF-SIL y APGAR familiar, se advirtió al paciente que debía responder evocando cada época en especial.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

---

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (+/-) para las variables continuas.

Se definieron dos grupos categóricos: TC para los sujetos que tuvieran Trastorno de Conducta como diagnóstico de acuerdo al puntaje de la ESA, y Sin-TC para el caso contrario. Se evaluó las diferencias entre las variables categóricas mediante Chi cuadradas entre los grupos, y mediante comparación de medias (T-test) para las variables intervalares.

Se analizó mediante una correlación de Pearson las asociaciones entre los puntajes de los grupos y los valores intervalares. El nivel de significancia estadística se fijará con una  $p < 0.05$ .

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

---

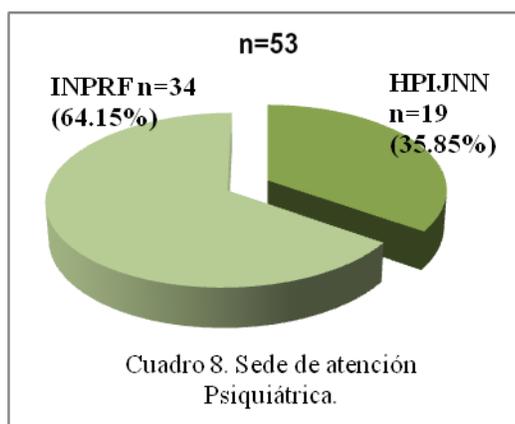
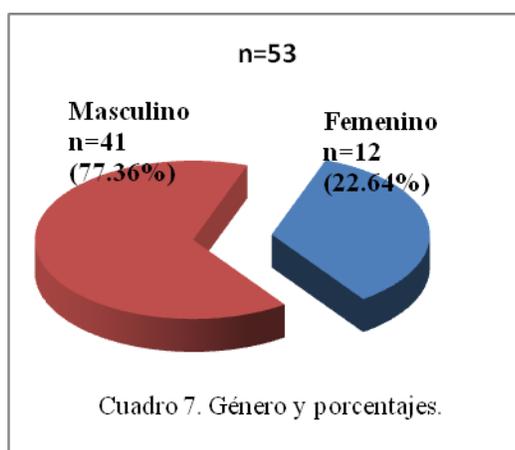
- Los datos obtenidos a partir de las entrevistas fueron confidenciales. Se asignó un código a los expedientes por lo que su nombre o el de sus familiares no aparecerán en ninguno de los reportes que se elaboren con la información obtenida.
- Se obtuvo el consentimiento informado por escrito tanto del paciente como de los familiares, con la libertad de suspender su participación, así como de solicitar información en cualquier momento del estudio.
- Se les informó ampliamente a los pacientes y a sus familiares acerca de las posibles ventajas indirectas o directas derivadas del estudio, así como de las complicaciones que pudieran suscitarse durante el mismo, que tienen que ver con aspectos emocionales tratados en la entrevista. Una vez entrevistado el paciente, se tomó en consideración si la familia necesita de apoyo terapéutico familiar o algún otro tipo de abordaje terapéutico. En caso de ser necesario se le canalizó a la instancia correspondiente para su atención. En caso contrario, se les explicó estos detalles a los familiares y al paciente, quien continuó su tratamiento según fue establecido por el servicio de hospitalización del INPRF o del HPIJNN.

# Capítulo 7.- Resultados

## CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Se entrevistó a un total de 56 pacientes, de los cuales, se eliminaron 3 debido a que calificaban positivo para TDAH en la escala ESA, pero negativo para TND y TC. Un total de 53 (94.64%) casos participaron en el estudio.

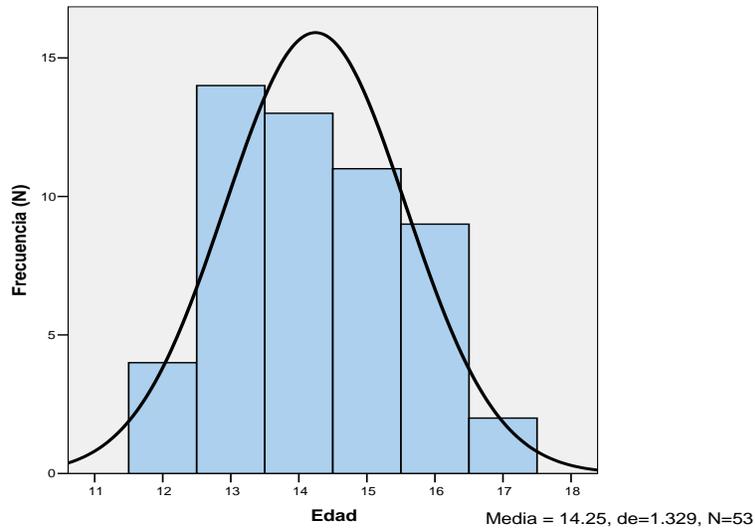
La mayoría de los sujetos fueron de sexo masculino (Cuadro 7), con una proporción mayor reclutada del INPRF, en comparación con el HPIJNN (Cuadro 8).



INPRF = Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”

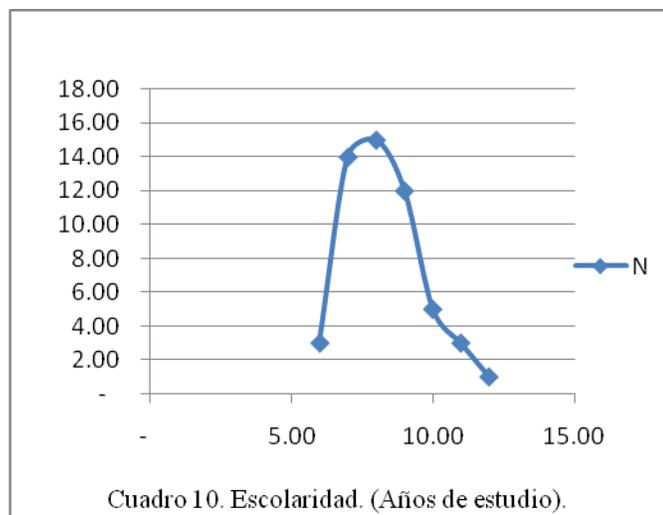
HPIJNN = “Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

La edad de los sujetos varió desde 12 a los 17 años, con una media de 14.25 ( $de=1.329$ ). En el cuadro 9 se muestra la distribución de la edad en el histograma.



Cuadro 9. Distribución de la edad en los sujetos.

La escolaridad, medida en años de estudio, se distribuyó en su mayoría entre los 7 y los 9 años, teniendo un rango de 6 a 12 años (media=8.28,  $de=1.36$ ) (Cuadro 10) Es decir, la mayoría de los sujetos cursaba la secundaria.

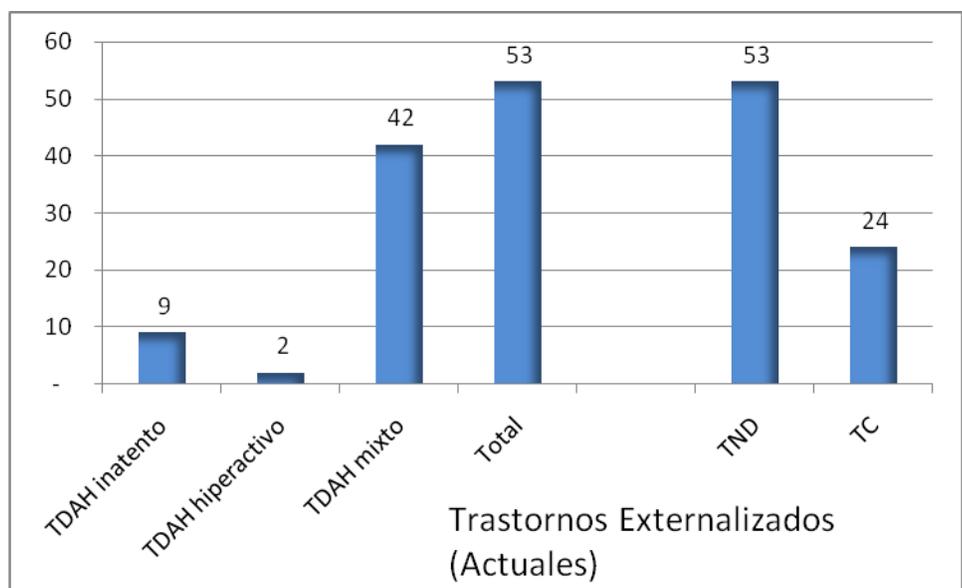


Cuadro 10. Escolaridad. (Años de estudio).

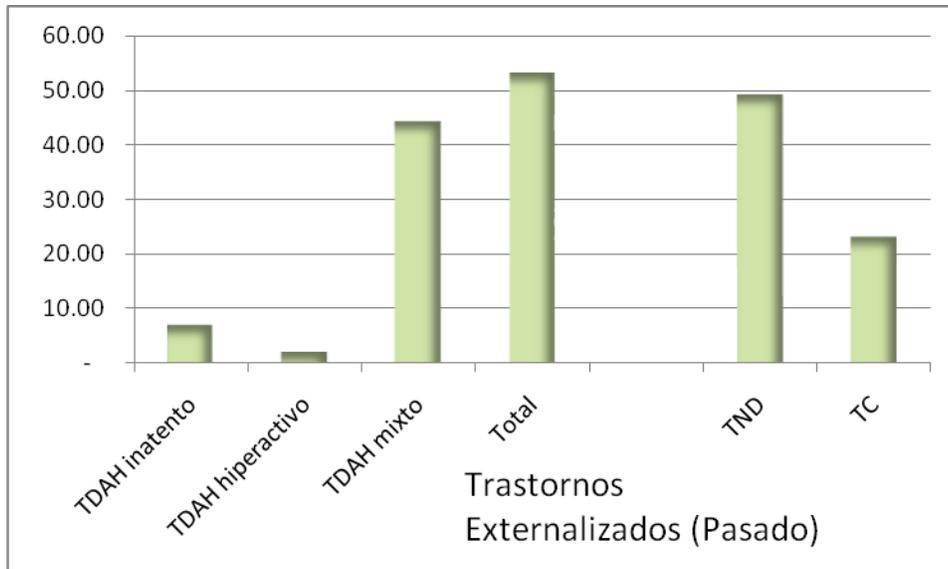
## COMORBILIDAD

La presencia de diagnóstico se estableció como “actual” si los síntomas estuvieron presentes en los últimos 6 meses, y como “pasado” antes de los 6 meses. La frecuencia de actual y pasada de los trastornos externalizados se muestra en el cuadro 11.

Trastornos externalizados (Actual)		
Diagnóstico	N	%
TDAH inatento	9	16.98
TDAH hiperactivo	2	3.77
TDAH mixto	42	79.25
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100.00</b>
TND	53	100.00
TC	24	45.28



Trastornos externalizados (Pasado)		
Diagnóstico	N	%
TDAH inatento	7.00	13.21
TDAH hiperactivo	2.00	3.77
TDAH mixto	44.00	83.02
<b>Total</b>	<b>53.00</b>	<b>100.00</b>
TND	49.00	92.45
TC	23.00	43.40



Cuadro 11. Trastornos externalizados actuales y en el pasado.

La totalidad de los sujetos tenía como diagnóstico al TND ( $n=53$ , 100%) en el momento actual, pero no en el pasado ( $n=49$ , 92.45%). El TC actual se registró en 24 (45.28%) de los casos, y en el pasado en 23 (43.40%) de los casos.

Se registraron los diagnósticos comórbidos tanto actuales como pasados en base a la ESA, además se consignaron otras categorías o síntomas como el abuso físico/psicológico, conducta suicida y abuso sexual (Cuadros 12 y 13).

Diagnósticos Positivos (Actual)	n	%
TDM	20.00	37.74
Distimia	7.00	13.21
T. Adaptativo Depresivo	10.00	18.87
TAS	8.00	15.09
T. Pánico	2.00	3.77
Agorafobia	1.00	1.89
Fobia Específica	13.00	24.53
T. Alimentación	1.00	1.89
Abuso Alcohol	2.00	3.77
Abuso Sustancias	3.00	5.66
Enuresis	1.00	1.89
Encopresis	1.00	1.89
Sonambulismo	1.00	1.89
Otras categorías	n	%
Conducta suicida	5.00	9.43
Abuso Físico/Psicológico	5.00	9.43

Cuadro 12. Diagnósticos comórbidos y categorías nosológicas actuales.

El diagnóstico comórbido actual más frecuente fue el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), (n=20, 37.74%), seguido por Fobia Específica (FE), (n=13, 24.53%), el Trastorno Adaptativo Depresivo (TAD), (n=10, 18.87%), y el Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS), (n=8, 15.09%). Otros diagnósticos actuales menos frecuentes fueron Distimia, Conducta Suicida, Abuso Físico/Psicológico (AFP), Abuso de Sustancias, Trastorno de Pánico, Abuso de Alcohol, Agorafobia, Trastorno de Alimentación, Enuresis, Encopresis, y Sonambulismo.

Los diagnósticos comórbidos reportados en el pasado se enumeran en el cuadro 13.

Diagnósticos Positivos (Pasado)	n	%
TDM	9.00	16.98
Distimia	7.00	13.21
T. Adaptativo Depresivo	2.00	3.77
TAS	12.00	22.64
T. Pánico	1.00	1.89
Agorafobia	1.00	1.89
Fobia Específica	12.00	22.64
T. Tics	1.00	1.89
Enuresis	9.00	16.98
Encopresis	1.00	1.89
Terrores Nocturnos	1.00	1.89
Sonambulismo	1.00	1.89
Otras categorías	n	%
Conducta Suicida	5.00	9.43
Abuso Físico/Psicológico	23.00	43.40
Abuso Sexual	5.00	9.43

Cuadro 13. Diagnósticos comórbidos y categorías nosológicas en el pasado.

En el pasado, la categoría más frecuente reportada fue el AFP (n=23, 43.40%), seguido por TAS (n=12, 22.64%), FE (n=12, 22.64%), TDM (n=9, 16.98%), Enuresis (n=9, 16.98%), y Distimia (n=7, 13.21%). Otros diagnósticos y categorías comórbidas en el pasado menos frecuentes fueron Conducta Suicida, Abuso Sexual, TAD, Trastorno de Pánico, Agorafobia, Trastorno por Tics, Encopresis, Terrores Nocturnos, y Sonambulismo.

## TRASTORNO DE CONDUCTA

Se llevaron a cabo varias comparaciones entre las características de los sujetos con TC actual (**TC**) contra los que no tenían TC actual (**Sin-TC**).

Al comparar los casos con diagnóstico actual de TC con el sexo, se reportaron 18 casos con TC y sexo masculino, contra 23 casos sin TC y de sexo masculino. Se encontraron

6 casos femeninos con TC y 6 casos femeninos sin TC. No se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos. ( $\chi^2=0.139$ ,  $p=0.709$ )

Las diferencias comórbidas actuales entre los grupos TC y sin-TC se muestran en el cuadro 14. Hubo una presentación estadísticamente menor de TC en pacientes con el TDAH subtipo mixto y una tendencia a una mayor presentación del grupo TC en el TDAH subtipo inatento. El grupo con TC mostró una tendencia a mayor presentación para TDM y abuso de sustancias.

Diagnóstico Actual	sin - TC (n/%)	TC (n/%)	$Chi^2$	gl	p
TDM	8 27.59	12 50.00	2.808	1	0.094
IS	2 6.90	3 12.50	0.483	1	0.649
Distimia	3 10.34	4 16.67	0.458	1	0.688
T. Adaptativo	7 24.14	3 12.50	1.162	1	0.318
TDAH - I	2 6.90	7 29.17	4.620	1	0.062
TDAH - H	- -	2 8.33	2.511	1	0.200
<b>TDAH - M</b>	<b>27 93.10</b>	<b>15 62.50</b>	<b>7.478</b>	<b>1</b>	<b>0.015</b>
TAS	6 20.69	2 8.33	1.564	1	0.269
T. Pánico	1 3.45	1 4.17	0.019	1	1.000
Agorafobia	- -	1 4.17	1.232	1	0.453
Fobia Esp.	9 31.03	4 16.67	1.464	1	0.226
T. Alimentación	- -	1 4.17	1.232	1	0.453
Abuso Alcohol	- -	2 8.33	2.511	1	0.200
Abuso Sustancias	- -	3 12.50	3.843	1	0.086
Abuso Fís./Psic.	2 6.90	3 12.50	0.483	1	0.649
Enuresis	1 3.45	- -	0.844	1	1.000
Encopresis	1 3.45	- -	0.844	1	1.000
Sonambulismo	- -	1 4.17	1.232	1	0.453

Cuadro 14. Diferencias comórbidas actuales entre Trastorno de Conducta y Sin Trastorno de Conducta.

Las diferencias comórbidas en el pasado entre los grupos TC y sin-TC se muestran en el cuadro 15. Nuevamente se encontró una presentación estadísticamente menor de TC en pacientes con el TDAH subtipo mixto y una mayor presentación del grupo TC en el TDAH subtipo inatento. El grupo con TC mostró una tendencia a mayor presentación para TDM.

Diagnóstico Pasado	sin - TC (n/%)		TC (n/%)		Chi <sup>2</sup>	gl	p
TDM	2	6.90	7	29.17	4.620	1	0.062
IS	2	6.90	3	12.50	0.483	1	0.649
Distimia	3	10.34	4	16.67	0.458	1	0.688
T. Adaptativo	1	3.45	1	4.17	0.019	1	1.000
<b>TDAH - I</b>	<b>1</b>	<b>3.45</b>	<b>6</b>	<b>25.00</b>	<b>5.321</b>	<b>1</b>	<b>0.038</b>
TDAH - H	-	-	2	8.33	2.511	1	0.200
<b>TDAH - M</b>	<b>28</b>	<b>96.55</b>	<b>16</b>	<b>66.67</b>	<b>8.320</b>	<b>1</b>	<b>0.007</b>
TOD	26	89.66	23	95.83	0.718	1	0.617
TAS	7	24.14	5	20.83	0.082	1	0.775
T. Pánico	-	-	1	4.17	1.232	1	0.453
Agorafobia	-	-	1	4.17	1.232	1	0.453
Fobia Esp.	7	24.14	5	20.83	0.082	1	0.775
T. Tics	-	-	1	4.17	1.232	1	0.453
Abuso Fís./Psic.	13	44.83	10	41.67	0.053	1	0.817
A.S.	2	6.90	3	12.50	0.483	1	0.649
Enuresis	5	17.24	4	16.67	0.003	1	1.000
Encopresis	1	3.45	-	-	0.844	1	1.000
Terr. Noct.	1	3.45	-	-	0.844	1	1.000
Sonambulismo	-	-	1	4.17	1.232	1	0.453

Cuadro 15. Diferencias comórbidas en el pasado entre Trastorno de Conducta y Sin Trastorno de Conducta.

En el cuadro 16 se presentan las comparaciones en las características de la muestra, el funcionamiento familiar, EPE-AA y LIFE, entre los grupos TC y Sin-TC. De los anteriores, las únicas diferencias significativas sólo se encontraron en los dominios Disocial Predatorio y Disocial No-Predatorio de la EPE-AA, con mayor puntaje para el grupo TC.

		TC / sin - TC	N	Media	%	t-test					95% IC	
						d.e.	t	gl	p	Dif. Media	Bajo	Alto
Características de la muestra	Escolaridad	sin - TC	29	8.103	27.943	1.398	-1.055	51.000	0.297	-0.397	-1.151	0.358
		TC	24	8.500	35.417	1.319						
	Años que reprobó	sin - TC	29	0.552	1.902	0.686	1.248	51.000	0.218	0.218	-0.133	0.570
		TC	24	0.333	1.389	0.565						
	Meses de trabajo	sin - TC	29	2.828	9.750	9.357	0.449	51.000	0.655	0.911	-3.163	4.985
		TC	24	1.917	7.986	3.647						
	Edad	sin - TC	29	14.069	48.514	1.307	-1.063	51.000	0.293	-0.389	-1.125	0.346
		TC	24	14.458	60.243	1.351						
Funcionamiento Familiar	APGAR Total	sin - TC	29	6.690	23.068	2.392	1.650	51.000	0.105	1.148	-0.249	2.545
		TC	24	5.542	23.090	2.670						
	FF-SIL Total	sin - TC	29	29.931	103.210	8.319	0.570	40.053	0.572	1.639	-4.170	7.448
		TC	24	28.292	117.882	11.874						
EPE - AA	Inatento	sin - TC	29	14.724	50.773	3.184	1.368	51.000	0.177	1.307	-0.611	3.226
		TC	24	13.417	55.903	3.775						
	Hiperactivo	sin - TC	29	12.069	41.617	4.123	0.729	51.000	0.469	0.861	-1.510	3.231
		TC	24	11.208	46.701	4.462						
	Disocial Predatorio	sin - TC	29	4.172	14.388	2.804	-2.436	51.000	<b>0.018</b>	<b>-2.119</b>	-3.866	-0.372
		TC	24	6.292	26.215	3.532						
	Negativista y Des.	sin - TC	29	8.690	29.964	3.083	-0.021	51.000	0.983	-0.019	-1.776	1.739
		TC	24	8.708	36.285	3.277						
	Disocial No-Predatorio	sin - TC	29	0.828	2.854	1.167	-3.972	31.850	<b>0.00038</b>	<b>-2.131</b>	-3.224	-1.038
		TC	24	2.958	12.326	2.404						
LIFE	sin - TC	29	2.595	8.947	0.418	-0.054	51.000	0.957	-0.007	-0.272	0.258	
	TC	24	2.602	10.840	0.543							

Cuadro 16. Comparación de características de la muestra, Funcionamiento Familiar, EPE-AA y LIFE entre los grupos TC y Sin-TC.

En el cuadro 17 se muestran la comparación entre los puntajes de los reactivos de las escalas de funcionamiento familiar entre los grupos TC y Sin-TC. Únicamente se observó una diferencia significativa en el ítem 11 de FF-SIL (“*Podemos conversar diversos temas sin temor*”), con un puntaje menor para el grupo TC.

Son notables dos tendencias en APGAR, en el reactivo 2 (“¿Platican entre ustedes los problemas que tienen en su casa?”), y en el 4 (“¿Estás contento con el tiempo que tu familia y tú pasan juntos?”); ambos con menor puntaje para el grupo TC.

Item	TC / sin - TC	N	Media	%	d.e.	t-test			Dif. Media	95% IC		
						t	gl	p		Bajo	Alto	
APGAR Familiar	1	sin - TC	29	1.345	4.637	0.553	0.494	39.875	0.624	0.095	-0.293	0.483
		TC	24	1.250	5.208	0.794						
	2	sin - TC	29	1.207	4.162	0.774	1.824	51.000	0.074	0.374	-0.038	0.785
		TC	24	0.833	3.472	0.702						
	3	sin - TC	29	1.103	3.805	0.772	0.823	51.000	0.415	0.187	-0.269	0.643
		TC	24	0.917	3.819	0.881						
	4	sin - TC	29	1.483	5.113	0.634	1.820	51.000	0.075	0.358	-0.037	0.752
		TC	24	1.125	4.688	0.797						
	5	sin - TC	29	1.552	5.351	0.632	0.729	51.000	0.470	0.135	-0.237	0.507
		TC	24	1.417	5.903	0.717						
FF-SIL	1	sin - TC	29	2.069	7.134	1.307	-0.580	51.000	0.565	-0.223	-0.994	0.548
		TC	24	2.292	9.549	1.488						
	2	sin - TC	29	1.931	6.659	1.100	-0.195	51.000	0.846	-0.069	-0.779	0.641
		TC	24	2.000	8.333	1.474						
	3	sin - TC	29	2.103	7.253	1.047	-0.664	41.773	0.510	-0.230	-0.929	0.469
		TC	24	2.333	9.722	1.404						
	4	sin - TC	29	2.345	8.086	1.289	1.412	51.000	0.164	0.511	-0.216	1.239
		TC	24	1.833	7.639	1.341						
	5	sin - TC	29	2.034	7.015	1.017	0.805	51.000	0.425	0.243	-0.363	0.848
		TC	24	1.792	7.465	1.179						
	6	sin - TC	29	2.379	8.205	1.321	-0.441	51.000	0.661	-0.162	-0.902	0.577
		TC	24	2.542	10.590	1.351						
	7	sin - TC	29	1.655	5.707	1.261	-0.602	51.000	0.550	-0.220	-0.952	0.513
		TC	24	1.875	7.813	1.393						
8	sin - TC	29	2.448	8.442	1.298	-0.638	51.000	0.526	-0.218	-0.906	0.469	
	TC	24	2.667	11.111	1.167							
9	sin - TC	29	2.000	6.897	1.363	0.208	51.000	0.836	0.083	-0.722	0.889	
	TC	24	1.917	7.986	1.558							
10	sin - TC	29	1.897	6.540	0.618	1.405	34.590	0.169	0.355	-0.158	0.868	
	TC	24	1.542	6.424	1.103							
11	sin - TC	29	2.379	8.205	1.237	2.294	51.000	<b>0.026</b>	<b>0.796</b>	0.099	1.493	
	TC	24	1.583	6.597	1.283							
12	sin - TC	29	2.103	7.253	1.205	-0.067	51.000	0.947	-0.022	-0.667	0.624	
	TC	24	2.125	8.854	1.116							
13	sin - TC	29	1.966	6.778	1.180	0.853	51.000	0.398	0.299	-0.405	1.003	
	TC	24	1.667	6.944	1.373							
14	sin - TC	29	2.621	9.037	1.321	1.261	51.000	0.213	0.496	-0.293	1.285	
	TC	24	2.125	8.854	1.541							

Cuadro 17. Comparación del funcionamiento familiar entre los grupos TC y No-TC.

En el cuadro 18 se presentan las correlaciones entre el grupo TC y los subtipos de TDAH, el funcionamiento familiar y EPE-AA. El subtipo Inatento del TDAH se asoció positivamente con TC, aunque con débil intensidad. Así también lo hizo el subtipo Mixto, pero de manera inversa. Ambas correlaciones fueron significativas.

Las dimensiones Disocial Predatorio y Disocial No-Predatorio se correlacionaron positivamente con el grupo TC en forma significativa.

		TC (Correlación Pearson)	p
TDAH (subtipos)	<b>TDAH-Inatento</b>	0.295	<b>0.032</b>
	TDAH-Hiperactivo	0.218	0.117
	<b>TDAH-Mixto</b>	<b>-0.376</b>	<b>0.006</b>
Funcionamiento Familiar	APGAR Familiar Total	-0.225	0.105
	FF-SIL Total	-0.082	0.558
EPE-AA (Dominios)	Inatento	-0.188	0.177
	Hiperactivo	-0.102	0.469
	<b>Disocial Predatorio</b>	<b>0.323</b>	<b>0.018</b>
	Oposicionista Desafiante	0.003	0.983
	<b>Disocial No - Predatorio</b>	<b>0.508</b>	<b>0.0001</b>

Cuadro 18. Correlaciones entre el grupo TC y los subtipos de TDAH, el funcionamiento familiar y EPE-AA.

Las asociaciones entre los reactivos del funcionamiento familiar y TC se muestran en el Cuadro 19. Los resultados son muy similares a los del cuadro 17. En este caso se presentó una asociación inversa significativa débil entre el reactivo 11 y TC, y dos tendencias débiles, de manera inversa, entre los reactivos 2 y 4, con TC.

Instrumento	Item	TC (Correlación Pearson)	p
APGAR Familiar	1	-0.071	0.611
	2	<b>-0.247</b>	0.074
	3	-0.114	0.415
	4	<b>-0.247</b>	0.075
	5	-0.102	0.470
FF - SIL	1	0.081	0.565
	2	0.027	0.846
	3	0.095	0.498
	4	-0.194	0.164
	5	-0.112	0.425
	6	0.062	0.661
	7	0.084	0.550
	8	0.089	0.526
	9	-0.029	0.836
	10	-0.203	0.146
	11	<b>-0.306</b>	<b>0.026</b>
	12	0.009	0.947
	13	-0.119	0.398
	14	-0.174	0.213

Cuadro 19. Correlaciones entre el funcionamiento familiar y TC.

El cuadro 20 muestra las asociaciones entre los reactivos de APGAR y Funcionamiento Familiar con las dimensiones de EPE-AA. Aquí se encontraron múltiples asociaciones significativas, principalmente entre los dominios Disocial Predatorio y Disocial No-

Predatorio, de manera inversa, con el funcionamiento familiar. Caben mencionar, en ambos dominios, las correlaciones con el reactivo 4 de APGAR (“¿Estás contento con el tiempo que tu familia y tú pasan juntos?”), y otra asociación entre el total del puntaje de APGAR con el dominio Disocial No-Predatorio.

Otra correlación notable fue entre el subtipo inatento y el reactivo 10 de Funcionamiento Familiar, de carácter positivo (“Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones”).

	Item	Inatento	Hiperactivo	Predatorio	Neg./Des.	No-Pred
APGAR (r/p)	1	0.007	0.109	-0.167	-0.084	-0.269
		0.959	0.437	0.232	0.549	<b>0.051</b>
	2	-0.038	-0.079	-0.133	-0.165	-0.284
		0.786	0.571	0.344	0.239	<b>0.039</b>
	3	0.127	-0.152	0.127	0.002	-0.309
		0.366	0.276	0.365	0.987	<b>0.024</b>
	4	-0.025	-0.152	<b>-0.410</b>	-0.125	<b>-0.432</b>
		0.861	0.276	<b>0.002</b>	0.372	<b>0.001</b>
	5	-0.135	0.002	-0.074	-0.331	-0.268
		0.334	0.987	0.601	<b>0.015</b>	<b>0.053</b>
Total	-0.011	-0.087	-0.178	-0.192	<b>-0.446</b>	
	0.937	0.538	0.203	0.169	<b>0.001</b>	
Funcionamiento Familiar (r/p)	1	-0.092	-0.252	0.008	-0.152	-0.113
		0.511	0.069	0.957	0.278	0.420
	2	-0.181	-0.134	-0.224	-0.258	-0.125
		0.195	0.340	0.108	0.062	0.372
	3	-0.306	-0.165	-0.348	-0.291	-0.171
		<b>0.026</b>	0.237	<b>0.011</b>	<b>0.035</b>	0.222
	4	0.113	0.082	-0.325	-0.176	-0.308
		0.420	0.562	<b>0.018</b>	0.206	<b>0.025</b>
	5	0.119	0.177	-0.158	-0.142	-0.133
		0.396	0.205	0.259	0.312	0.344
	6	-0.254	-0.134	0.052	-0.188	-0.124
		0.066	0.339	0.711	0.177	0.375
	7	0.083	0.254	0.048	0.066	-0.123
		0.556	0.067	0.735	0.641	0.380
8	0.095	0.060	0.067	-0.105	-0.111	
	0.501	0.671	0.634	0.452	0.429	
9	-0.003	0.026	-0.064	0.104	-0.345	
	0.984	0.852	0.651	0.460	<b>0.011</b>	
10	0.437	0.254	0.112	0.124	-0.321	
	<b>0.001</b>	0.067	0.426	0.378	<b>0.019</b>	
11	-0.169	-0.037	-0.183	-0.265	-0.278	
	0.227	0.793	0.189	<b>0.055</b>	<b>0.044</b>	
12	0.158	0.074	0.031	0.031	-0.140	
	0.257	0.598	0.824	0.827	0.316	
13	-0.077	0.015	-0.105	0.088	-0.309	
	0.582	0.917	0.455	0.529	<b>0.024</b>	
14	0.028	0.043	-0.203	-0.165	-0.380	
	0.843	0.758	0.146	0.237	<b>0.005</b>	
Total	-0.028	0.019	-0.170	-0.175	-0.377	
	0.844	0.892	0.223	0.211	<b>0.005</b>	

Cuadro 20. Correlaciones entre el funcionamiento familiar y EPE-AA.

Item	Inatento	Hiperactivo	Predatorio	Neg./Des.	No-Pred		
APGAR (r/p)	1	0.007	0.109	-0.167	-0.084	-0.269	
		0.959	0.437	0.232	0.549	<b>0.051</b>	
	2	-0.038	-0.079	-0.133	-0.165	-0.284	
		0.786	0.571	0.344	0.239	<b>0.039</b>	
	3	0.127	-0.152	0.127	0.002	-0.309	
		0.366	0.276	0.365	0.987	<b>0.024</b>	
	4	-0.025	-0.152	<b>-0.410</b>	-0.125	<b>-0.432</b>	
		0.861	0.276	<b>0.002</b>	0.372	<b>0.001</b>	
	5	-0.135	0.002	-0.074	-0.331	-0.268	
		0.334	0.987	0.601	<b>0.015</b>	<b>0.053</b>	
	Total	-0.011	-0.087	-0.178	-0.192	<b>-0.446</b>	
		0.937	0.538	0.203	0.169	<b>0.001</b>	
	Funcionamiento Familiar (r/p)	1	-0.092	<b>-0.252</b>	0.008	-0.152	-0.113
			0.511	0.069	0.957	0.278	0.420
2		-0.181	-0.134	-0.224	<b>-0.258</b>	-0.125	
		0.195	0.340	0.108	0.062	0.372	
3		<b>-0.306</b>	-0.165	<b>-0.348</b>	-0.291	-0.171	
		<b>0.026</b>	0.237	<b>0.011</b>	<b>0.035</b>	0.222	
4		0.113	0.082	<b>-0.325</b>	-0.176	-0.308	
		0.420	0.562	<b>0.018</b>	0.206	<b>0.025</b>	
5		0.119	0.177	-0.158	-0.142	-0.133	
		0.396	0.205	0.259	0.312	0.344	
6		<b>-0.254</b>	-0.134	0.052	-0.188	-0.124	
		0.066	0.339	0.711	0.177	0.375	
7		0.083	0.254	0.048	0.066	-0.123	
		0.556	0.067	0.735	0.641	0.380	
8	0.095	0.060	0.067	-0.105	-0.111		
	0.501	0.671	0.634	0.452	0.429		
9	-0.003	0.026	-0.064	0.104	-0.345		
	0.984	0.852	0.651	0.460	<b>0.011</b>		
10	0.437	0.254	0.112	0.124	-0.321		
	<b>0.001</b>	0.067	0.426	0.378	<b>0.019</b>		
11	-0.169	-0.037	-0.183	<b>-0.265</b>	-0.278		
	0.227	0.793	0.189	<b>0.055</b>	<b>0.044</b>		
12	0.158	0.074	0.031	0.031	-0.140		
	0.257	0.598	0.824	0.827	0.316		
13	-0.077	0.015	-0.105	0.088	-0.309		
	0.582	0.917	0.455	0.529	<b>0.024</b>		
14	0.028	0.043	-0.203	-0.165	-0.380		
	0.843	0.758	0.146	0.237	<b>0.005</b>		
Total	-0.028	0.019	-0.170	-0.175	-0.377		
	0.844	0.892	0.223	0.211	<b>0.005</b>		

# Capítulo 8.- Discusión

---

## **CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA**

La totalidad de la muestra analizada consistió de 53 pacientes obtenidos de dos instituciones de alta especialidad. A su vez, los participantes eran más sujetos masculinos que femeninos, la gran mayoría fueron adolescentes y se encontraban estudiando la escuela secundaria.

En general, entre los grupos TC y Sin-TC no se encontraron diferencias significativas en cuanto a sede clínica de origen, edad, sexo, escolaridad, número de años reprobados, número de meses que ha trabajado. Lo anterior nos señala que la muestra era homogénea en relación a las características estudiadas.

## **COMORBILIDAD**

De acuerdo con la literatura, la sintomatología del subtipo hiperactivo, no el inatento, se relaciona con un aumento en el riesgo para el desarrollo de síntomas de conducta disruptiva [127]. En nuestra muestra la totalidad de los sujetos tenían diagnóstico de Trastorno Negativista y Desafiante, así como algún subtipo de TDAH actual. Entre los subtipos de TDAH encontrados, el subtipo mixto y luego el inatento fueron los más frecuentes. Nuestra frecuencia mayor del subtipo mixto es congruente con la literatura, ya que es el más prevalente en muestras epidemiológicas [3, 4].

La frecuencia de los trastornos externalizados de nuestra población en la actualidad y en el pasado (más de 6 meses antes de la entrevista) no presentó diferencias importantes. Esto sugiere que los diagnósticos de trastornos externalizados encontrados en los sujetos permanecieron relativamente constantes por lo menos durante 6 meses, lo cual refuerza la continuidad de las categorías nosológicas estudiadas a través del tiempo, particularmente durante el paso de la niñez a la adolescencia.

En la mayoría de los reportes hasta la fecha se ha relacionado a los síntomas de hiperactividad con la aparición de síntomas disruptivos, pero no son concluyentes en relación a la categoría diagnóstica TND/TC [127]. Actualmente se sabe poco acerca de la comorbilidad del TND, debido a que la mayoría de los estudios sobre la conducta disruptiva reúnen a los casos TND y TC en una misma categoría, frecuentemente llamada “trastornos de conducta” [52, 63, 118]. Nuestros hallazgos sugieren que los subtipos inatento e hiperactivo de TDAH son más frecuentes en TND y TC comórbidos, que solamente con la condición TND comórbido. En el caso del subtipo mixto, pareciera que el TC comórbido con TND es menos frecuente que el TND por sí solo. La posibilidad de que el tener un subtipo de TDAH puro (inatento o hiperactivo) y no el mixto se asocie a la presencia de TC y TND comórbidos más que a la de TND sólo, requiere mayores estudios con grupos de muestra equiparables entre los tres subtipos del TDAH.

La comorbilidad psiquiátrica actual más frecuente en nuestra población fue el Trastorno Depresivo Mayor, seguido por Fobia Específica, Trastorno Adaptativo Depresivo y Trastorno por Ansiedad de Separación. Ya se ha descrito en otros estudios sobre la comorbilidad de trastornos depresivos y ansiosos entre los trastornos disruptivos [65, 66, 128]. Los hallazgos en nuestro trabajo son congruentes con la literatura.

En la literatura se ha reportado una relación entre la agresión física y los problemas de conducta en los niños [115]. La condición comórbida en el pasado más frecuente fue el abuso físico/psicológico, llegando casi hasta la mitad del total de los casos. En todos los sujetos estudiados con antecedente de abuso físico o psicológico, éste fue perpetrado en el pasado por los mismos tutores o padres del paciente y fue reportado solamente en el pasado, de manera que se negó como activo en la actualidad. El alto nivel de abuso en la historia de los sujetos estudiados sugiere por sí solo la presencia de un bajo nivel de funcionamiento familiar. El resto de los diagnósticos reportados son congruentes con los hallazgos actuales.

En el estudio se encontró una tendencia en la frecuencia mayor de TDM entre los casos con TC que entre los Sin-TC. En ambos casos la depresión fue la condición comórbida actual más frecuente. Esto es congruente con lo descrito en la literatura acerca de que cierta proporción de conductas agresivas y disruptivas en los chicos con TC puede ser secundaria a depresión, ya que se considera una condición comórbida frecuente. [129] La alta comorbilidad entre TC y depresión es importante porque parece incrementar el riesgo de otros problemas en el futuro como abuso de sustancias o suicidio. [24] Se ha descrito, además, que los niños con depresión comórbida y trastornos de conducta utilizan más los servicios de psiquiatría en la vida adulta y representan un costo más elevado que aquellos sin trastornos de conducta, y que la población general. [130]

La escala ESA arrojó valores dicotómicos en cuanto a la presencia o ausencia de TC mediante una entrevista semi-estructurada, mientras que la escala EPE-AA reportó severidad de los síntomas externalizados, incluyendo TDAH, TND y TC, por medio de un auto-reporte. Ambos instrumentos resultaron congruentes en la identificación de los casos con TC.

## **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

En general, tanto el grupo TC y Sin-TC tuvieron puntajes bajos en las escalas de funcionamiento familiar. Las medias de los puntajes totales de las escalas APGAR y FF fueron menores en el grupo TC, que en el grupo Sin-TC, pero las diferencias fueron pequeñas y no significativas. (Cuadros 16 y 18)

En la escala APGAR, la media del puntaje total en TC era de 5.542 (disfuncional), mientras que en Sin-TC era de 6.690 (funcional). Si bien este resultado no hizo una diferencia estadística significativa entre ambos valores, éstos quedaron por abajo y por arriba del punto de corte establecido (6.0), respectivamente.

En la escala FF las medias de los puntajes de ambos grupos se encontraban en la categoría “disfuncional”. Aunque en ambas mediciones el funcionamiento familiar fue menor en el grupo TC, las diferencias fueron pequeñas y no significativas.

En el análisis de las medias de los puntajes de reactivos individuales de AGPAR y FF (cuadros 17 y 19), solamente se encontró una diferencia significativa en el ítem 11 de la escala FF. El ítem 11 reza como sigue:

*“Podemos conversar diversos temas sin temor”*

Ante esta oración el sujeto debe marcar con una cruz entre cinco opciones (tipo Lickert).

Esta oración puede interpretarse de diversas maneras. El hecho de que los sujetos con TC hayan tenido un puntaje más bajo sugiere un defecto mayor en la comunicación familiar entre éstos en comparación con el resto de los trastornos externalizados. Otro punto es la posible censura entre los subsistemas padres e hijos para temas “prohibidos” en la conversación cotidiana. Finalmente, otra posibilidad proviene de la palabra “temor” incluida en la frase. Así, el adolescente puntuaría bajo este punto basándose en el “temor” que proviene de sus progenitores al recibir una crianza punitiva y amenazante. Esta última explicación es de importancia considerando que más de una tercera parte en ambos grupos reportó abuso físico/psicológico en el pasado por parte de los padres. De cualquiera de las tres posibilidades, se habla de un deterioro en la comunicación en general entre los miembros de la familia. Ya se ha evaluado las dificultades en la comunicación en los niños con trastornos disruptivos, aunque tratándose como un defecto inherente en el sujeto, y no como parte de un subsistema. [131] Wichstrom et al. han relacionado dificultades en la comunicación familiar con trastornos psiquiátricos y un puntaje bajo en mediciones de funcionamiento global [132] David et al. encontraron defectos en la comunicación entre madre-hijo en sujetos con trastornos hiperactivos y disruptivos. [133] En suma, el hallazgo en nuestro trabajo de un probable defecto en la comunicación en el entorno familiar de sujetos con trastorno de conducta es congruente con otros hallazgos similares en estudios anteriores.

Los reactivos 2 y 4 de APGAR mostraron tendencias no significativas, con menores puntajes en TC. El reactivo 2 dice así: “¿Platican entre ustedes los problemas que tienen en su casa?”; y 4 dice: “¿Estás contento con el tiempo que tu familia y tú pasan juntos?”. Nuevamente, pudiera ser que el efecto de la mala comunicación se manifiesta en la presencia del trastorno Disocial. Adicionalmente, estos resultados podrían corresponder con un patrón de *familias emocionalmente desvinculadas* propuesto por Tseng y McDermott [134]. En este se distinguen defectos en la comunicación y convivencia como parte de un eje triaxial de diagnóstico clínico del funcionamiento familiar.

### **DOMINIO DISOCIAL NO-PREDATORIO**

El dominio de la escala EPE-AA Disocial No-Predatorio fue el que arrojó más asociaciones significativas con los puntajes bajos de los reactivos del funcionamiento familiar, y específicamente con el resultado total de APGAR.

Los dos dominios correspondientes al Trastorno Disocial, se asociaron de manera inversa con el reactivo 4 de APGAR (“¿Estás contento con el tiempo que tu familia y tú pasan juntos?”). Este resultado en particular apoya a los mencionados anteriormente sobre el grupo TC y el bajo puntaje en el mismo reactivo.

El dominio Disocial No-Predatorio incluye síntomas como escapar de casa, salir de pinta, conductas abusivas/impulsivas (incluyendo sexuales), uso de tabaco, alcohol o drogas. El reactivo que incluye a las conductas abusivas sexuales (EPE-AA-41) no obtuvo ninguna asociación con alguna de las variables registradas, debido a que fue homogéneo en la totalidad de la muestra. (Todos lo marcaron como “Nunca”). Este reactivo dice así:

“He llegado más lejos de lo que quería la otra persona, me he pasado sexualmente”.

En nuestro estudio, ningún participante aceptó haber perpetrado un abuso sexual tanto en los auto-reportes como en la entrevista con el clínico. Esto puede deberse a que durante la aplicación de los instrumentos los adolescentes se obtenía su nombre e información de contacto. A pesar de que se les había explicado previamente sobre la confidencialidad guardada en los estudios clínicos, nos resultó imposible guardar el anonimato de los sujetos durante la recolección de los datos. La medición obtenida, por lo tanto, debe reconsiderarse respecto a la posible presencia de perpetradores de abuso sexual en nuestra muestra.

El resto de los reactivos del dominio Disocial No-Predatorio mostró diferencias importantes en el funcionamiento familiar. El uso de drogas (EPE-AA-44: “Me he drogado”) se asoció únicamente con el reactivo 3 de APGAR: “¿Las decisiones importantes se toman entre todos en tu casa?” ( $r=-0.301$ ,  $p=0.028$ ). Así se sugiere que en aquellas familias de tipo autoritativo, en donde el subsistema hijos no participa del todo en decisiones que tendrían repercusión en el devenir de los miembros de la familia, sería más frecuente el consumo o abuso de sustancias. Este argumento se ha reportado de manera similar en otros trabajos [114, 135].

Dentro de este dominio se encontraron los dos reactivos que mayor número de asociaciones significativas, aunque débiles, tuvieron con el bajo funcionamiento familiar; éstos fueron el 42 y el 43, que tienen que ver con uso de tabaco y alcohol, respectivamente. Se ha considerado, por mucho, al consumo de sustancias (incluyendo al alcohol y al tabaco) como una posible consecuencia de las conductas disruptivas, aunque posiblemente las trayectorias entre las condiciones consumo de sustancias y conductas disruptivas sean bidireccionales, [136].

### **DOMINIO DISOCIAL PREDATORIO**

El dominio Disocial Predatorio incluye conductas dirigidas hacia provocar daño a otros, o a la propiedad ajena. Algunos de sus aspectos incluyen amenazas, participación en peleas físicas, robos, asaltos, uso de fuego para dañar, y uso de armas.

Este dominio fue el segundo más fuertemente ligado al pobre funcionamiento familiar. En conjunto, se mencionan tres asociaciones entre el dominio Predatorio y los ítems 4 de APGAR ( $r=-0.410$ ,  $p=0.002$ ) y el 3 ( $r=-0.348$ ,  $p=0.011$ ) y el 4 de FF ( $r=-0.325$ ,  $p=0.018$ ). El primero ya se ha mencionado; el segundo dice: “En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades”; y el tercero: “Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana”. Esto sugiere que las conductas predatorias se asocian, en conjunto, con familias con miembros desvinculados e independientes entre sí, y en donde el tiempo de convivencia y las demostraciones afectivas entre los mismos pueden ser considerados insuficientes.

Dos asociaciones importantes caben ser mencionadas. Los reactivos de EPE-AA que tienen que ver con robo “cara a cara” ( $r=0.305$ ,  $p=0.026$ ) y con uso de armas ( $r=0.415$ ,  $p=0.002$ ), se correlacionaron positivamente con el ítem 10 de FF, el cual dice: “Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones”. La interpretación de los sujetos ante este reactivo en particular debe tomarse con cautela. Pareciera lógico pensar que ante una situación de robo o uso de armas en los adolescentes quizás no podríamos hablar de una flexibilidad de las tradiciones en la familia, como un rasgo positivo del funcionamiento familiar, sino más bien de una reorganización en los roles o funciones de los miembros secundaria al evento de uso de armas o robos. Así, la bidireccionalidad podría explicar el fenómeno. Otra posibilidad es que la mayor versatilidad de las costumbres familiares pudiera haberse identificado con un tipo de familia *desorganizada*, en donde efectivamente no existen tradiciones familiares o valores de manera constante. [134]

Es importante señalar que dentro de los síntomas disociales no predatorios, este reactivo de FF también fue asociado con el uso de alcohol ( $r=-0.387$ ,  $p=0.004$ ) y con múltiples síntomas del dominio Inatento.

Las conductas predatorias que incluyen amenazas ( $r=-0.418$ ,  $p=0.002$ ), peleas físicas ( $r=-0.342$ ,  $p=0.012$ ) y robos ( $r=-0.421$ ,  $p=0.002$ ) sin enfrentar al dueño, se relacionaron

con el reactivo 4 de APGAR, que ya se ha mencionado. Los robos sin enfrentar al dueño también se asociaron con el reactivo 14 de FF ( $r=-0.335$ ,  $p=0.014$ ); este ítem dice: “Nos demostramos el cariño que nos tenemos”. Siguiendo este mismo razonamiento, aquellas familias que no conviven lo suficiente, tienen más frecuentemente miembros adolescentes que amenazan, pelean y roban con más frecuencia si no existen suficientes demostraciones de cariño entre los miembros. En la literatura se ha descrito la importancia de la calidez en los tutores en las familias para la aparición de trastornos disruptivos [115].

## **DOMINIO NEGATIVISTA/DESAFIANTE**

El dominio Negativista/Desafiante coincide en su mayoría con la descripción de los síntomas del TND del DSM-IV. El TND describe un patrón de conducta disruptiva que es dirigida principalmente hacia las figuras de autoridad. [1] En conjunto, este dominio se relacionó débilmente con el ítem 5 de APGAR (“¿Sientes que tu familia te quiere?”), y de FF con el 2 (“En mi casa predomina la armonía”), 3 (“En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades”), y 11 (“Podemos conversar diversos temas sin temor”). Siendo la primera la asociación más importante cabe deducir que los adolescentes percibirán a sus padres como poco afectivos. Se ha hablado en la literatura sobre las asociaciones entre el pobre involucro afectivo en los padres y las respuestas opositoras en los niños. [115]

Se encontraron dos asociaciones significativas importantes en este dominio. La primera entre el reactivo 25 de EPE-AA (“He sido rencoroso y vengativo”) con el ítem 3 de FF (“En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades”) ( $-0.465$ ,  $p=0.0004$ ). Esta relación implica que en las familias en donde existen irresponsabilidades de sus miembros son más frecuentes los rencores y venganzas de los miembros adolescentes, dentro del contexto Negativista. Quizás en este reactivo, al hablar de irresponsabilidades en el subsistema padres, podría estar asociada la psicopatología paterna como un factor de influencia. La psicopatología paterna se ha sugerido ampliamente como precursora de los trastornos disruptivos en los adolescentes. [82]

La segunda asociación se observó entre el reactivo 11 de EPE-AA (“Me enojaba por cosas insignificantes”) y el 6 de FF (“Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos”) ( $r=-0.492$ ,  $p=0.0002$ ). Esta relación podría referirse a la baja capacidad de tolerancia y a la impulsividad. Ambos aspectos del temperamento de los jóvenes disruptivos han sido mencionados en la literatura [137].

El dominio Negativista/Desafiante, como entidad, tuvo también asociaciones significativas con algunos de los reactivos de las escalas de funcionamiento familiar, pero su debilidad les resta importancia en comparación con las ya mencionadas.

### **DOMINIOS INATENTO E HIPERACTIVO**

El dominio Hiperactivo como entidad arrojó pocas asociaciones débiles, algunas de ellas positivas con el funcionamiento familiar. No obstante, se observaron 3 asociaciones significativas importantes en los reactivos individuales. La primera se ubicó entre el ítem 15 de EPE-AA (“He sido muy desesperado para esperar mi turno”) y el ítem 1 de FF (“Se toman decisiones para cosas importantes en la familia”) ( $r=-0.411$ ,  $p=0.002$ ). Entre el ítem 2 de EPE-AA (“He actuado como si tuviera un motor por dentro”) y los reactivos 7 (“Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles”) ( $r=0.405$ ,  $p=0.003$ ) y 8 (“Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás le ayudan”) ( $r=0.405$ ,  $p=0.003$ ) fueron las otras dos correlaciones encontradas.

El dominio Inatento, como entidad, arrojó dos asociaciones significativas. Una fue con el reactivo 3 de FF (“En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades”) ( $r=-0.306$ ,  $p=0.026$ ); la otra se dio con el reactivo 10 de FF (“Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones”) ( $r=0.437$ ,  $p=0.001$ ). De hecho, este último reactivo tuvo otras correlaciones positivas con más de la mitad de los ítems individuales del subtipo inatento.

Aunque la mayoría de las asociaciones significativas que se encontraron en los dominios Hiperactivo e Inatento fueron débiles, sería difícil explicarlas sin un tercer elemento asociado que corresponda a los trastornos disruptivos. Sería un error considerar cualquiera de las asociaciones en el estudio como una representación directa de tipo causa-efecto/consecuencia. Muchas de ellas podrían ser solo concurrencias que dependan de circunstancias no expuestas en este análisis, pero tampoco es posible atribuirles totalmente al azar. Como se ha visto, la interacción entre los eventos

estudiados en los trastornos externalizados y las familias serían más probablemente producto de sucesiones complejas y multidireccionales que directas y unidireccionales; incluso se dio el caso de que algunas de las asociaciones entre los reactivos de los síntomas externalizados tuvieron correlaciones positivas con el funcionamiento familiar, como es el caso de los dominios Inatento e Hiperactivo. Esto podría explicarse debido a que la familia, como una respuesta al problema del miembro “afectado”, promueve cambios en la configuración de su funcionamiento que son más adaptativos. Así, cuando un grupo familiar detecta un miembro enfermo, la “amenaza” que afronta contra su salud provocará nuevas alianzas entre los miembros o atenuará las vinculaciones patológicas, y hará que acudan para solicitar ayuda profesional. Es hasta entonces cuando el médico evalúa a la familia. Este razonamiento está bien documentado en la teoría general de sistemas y en los textos académicos acerca de la salud en general. [101, 138]

# Capítulo 9. - Conclusiones

---

Nuestra población estudiada de pacientes con trastornos de la conducta disruptiva mostró más comorbilidad con TDAH mixto, que los otros subtipos de TDAH.

Se observó una mayor frecuencia de TDM y antecedente de abuso físico/psicológico en los pacientes con trastornos de conducta disruptiva. Asimismo, se observó una mayor tendencia de abuso de sustancias en el grupo de pacientes con Trastorno Disocial que en el grupo de pacientes con Trastorno Negativista y Desafiante.

El presente estudio explora las interacciones entre el funcionamiento familiar y los trastornos externalizados. El funcionamiento familiar fue bajo para los grupos Trastorno de Conducta y Sin-Trastorno de Conducta. Los resultados obtenidos sugieren que el funcionamiento familiar es más bajo en los pacientes con Trastorno de Conducta que en los sujetos con Trastorno Negativista y Desafiante, en presencia de TDAH, pero no de manera significativa. Las diferencias específicas entre el funcionamiento familiar en los sujetos con Trastorno de Conducta, y el funcionamiento familiar en aquellos con Trastorno Negativista y Desafiante, desde un punto de vista categórico, fueron pequeñas. No obstante, desde un punto de vista dimensional, en donde juegan un papel importante los síntomas concretos con aspectos específicos del funcionamiento familiar, las diferencias son más claras y significativas. En este sentido, se encontraron mayores asociaciones significativas entre aspectos desadaptativos del funcionamiento familiar con los subtipos Predatorio y No-Predatorio del Trastorno Disocial, incluyendo el uso de tabaco, alcohol y drogas. Las correlaciones reportadas fueron en su mayoría, de carácter débil a moderado en cuanto a fuerza estadística.

La pobre comunicación, la censura de temas “prohibidos”, el uso de una crianza punitiva/autoritaria, las relaciones desvinculadas e independientes, y la falta de calidez/afectividad entre los miembros de la familia representan aspectos relacionados con la presencia de trastorno Disocial en los adolescentes, en especial de los síntomas correspondientes al subtipo No-Predatorio.

Los datos obtenidos en el trabajo son valiosos para la práctica clínica. Debe incluirse en la anamnesis de los trastornos externalizados una evaluación del funcionamiento familiar para dilucidar con mayor detalle el pronóstico de los pacientes, así como el abordaje y los planes del tratamiento.

## **LIMITACIONES**

El objetivo de este estudio fue evaluar el funcionamiento familiar en los trastornos externalizados. Los resultados obtenidos no ofrecen una explicación respecto a la trayectoria de los sucesos.

No se incluyó un grupo control en el estudio para comparar el funcionamiento familiar con una muestra epidemiológica. Se requieren más estudios que realicen esta tarea con las variables empleadas en nuestro trabajo. De cualquier forma, utilizando otros instrumentos, la literatura actual es clara en demostrar los factores familiares involucrados en la aparición y mantenimiento de los trastornos disruptivos.

En el estudio no se controló la variable que corresponde al tratamiento recibido por los sujetos antes de solicitar la atención médica en las sedes hospitalarias. Es posible que algunos pacientes que ya hayan recibido tratamiento, hubieran mostrado cambios adaptativos en su funcionamiento familiar, obteniendo de éstos un resultado diferente en nuestro análisis. A pesar de esta limitante, la información capturada fue valiosa para establecer comparaciones estables y congruentes entre las variables.

En suma, este estudio no ofrece una explicación completa de los fenómenos observados, sino someros atisbos hacia la formulación de los mecanismos implicados en el proceso etiológico social de la disrupción conductual en los adolescentes. La información recolectada representa una imagen “fotográfica” de un momento determinado en la historia familiar y no una evolución continua a través del tiempo. Se

requerirían estudios prospectivos para vislumbrar con mayor detalle un panorama completo que explique los fenómenos presentados en nuestra hipótesis.

La evaluación del funcionamiento familiar de los sujetos en este estudio se llevó a cabo por medio de instrumentos auto-aplicables. Se ha propuesto que el funcionamiento de las familias debe ser medido por uno o varios clínicos, mediante la observación externa, para lograr una percepción global y no individual del sistema [139, 140]. En este sentido, Gardner y cols. han reportado disimilitudes entre los puntajes de la escala APGAR familiar con la impresión clínica [141]. De cualquier forma, los resultados obtenidos reflejan la percepción individual en los adolescentes acerca de sus familias, y han sido constantes en múltiples ensayos y mediciones reportadas en la literatura (Ver capítulo 4).

Algunas de las variables no empleadas que podrían haber afectado nuestros resultados incluyen a la psicopatología de los padres, el nivel socioeconómico, y aspectos inherentes a la personalidad de los sujetos; éstas constituyen diferentes perspectivas con material de trabajo para otros estudios.

# Bibliografía

---

1. Association, A.P., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)*. 1994, Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. CIE-10 Clasificación Internacional de las Enfermedades, O.M.S., *CLASIFICACION MULTIAXIAL DE LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN NIÑOS y ADOLESCENTES*. 1 ed. 2001, Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
3. Froehlich TE, et al., *Prevalence, Recognition, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a National Sample of US Children*. Arch Pediatr Adolesc Med, 2007. **161**(9): p. 857-64.
4. Schlack R, H.H., Kurth BM, Huss M., *The prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among children and adolescents in Germany. Initial results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2007. **50**(5-6): p. 827-35.
5. Moss SB, N.R., Vallarino A, Wang S., *Attention deficit/hyperactivity disorder in adults*. Prim Care, 2007. **34**(3): p. 445-73.
6. Almeida Montes LG, H.G.A., Ricardo-Garcell J, *ADHD prevalence in adult outpatients with nonpsychotic psychiatric illnesses*. J Atten Disord, 2007. **11**(2): p. 150-6.
7. Hynd GW, S.-C.M., Loris AR, Novey ES, Elioplus D, *Brain morphology in developmental dyslexia and attention deficit disorder with hyperactivity*. Archives of Neurology, 1990: p. 919-926.
8. Giedd JN, C.F., Korzuch P, King AC, Hamburger SD, Rapoport JL, *Quantitative morphology of the corpus callosum in attention deficit hyperactivity disorder*. American Journal of Psychiatry, 1994. **151**: p. 665-669.
9. Zametkin AJ, *Brain metabolism in teenagers with attention deficit and hiperactivity disorder*. Archives of General Psychiatry, 1993. **50**: p. 333-340.
10. Barkley RA, *Attention Deficit Hiperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. 1990, New York: Guilford Press.
11. Goodman R and Stevenson J, *A twin study of hiperactivity: II. The aethiologic role for genes, family relationships, and perinatal adversity*. J Child Psychol Psychiatry, 1989. **30**: p. 691-709.
12. Arnold LE and Jensen PS, *Attention Deficit Disorders*, in *Comprehensive textbook of psychiatry*, Kaplan H and Sadock B, Editors. 1995, Williams & Wilkins: Baltimore. p. 2295-2310.
13. Cantwell DP, *Therapeutic Managment of Attention Deficit Disorder: Participants Workbook*. 1994, New York: SCP Communication.
14. Frick PJ, *Conduct Disorders and Severe Antisocial Behavior*. 1998, New York: Plenum.
15. Cohen P and F. M, *Issues in the disruptive behavior disorders: attention deficit disorder without hyperactivity and the differential validity of oppositional defiant*

- and conduct disorders., in *DSM-IV Sourcebook*, F.A. Widiger TA, Pincus HJ et al., Editor. 1998, American Psychiatric Press: Washington, DC. p. 455-463.
16. Achenbach TM, et al., *National survey of problems and competencies among four-to sixteen-year-olds: parents' reports for normative and clinical samples*. Monogr Soc Res Child Dev, 1991. **56**: p. 1-131.
  17. Björkqvist K, Lagerspetz KMJ, and K. A, *Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends in regard to direct and indirect aggression*. Aggressive Behav, 1992. **18**: p. 117-127.
  18. Offord DR, Boyle MH, and R. YA, *Outcome, prognosis and risk in a longitudinal follow-up study*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1992. **31**: p. 916-922.
  19. Lahey BB, Loeber R, and Hart ER, *Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: patterns and predictors of persistence*. J Abnorm Psychol, 1995. **104**: p. 83-93.
  20. Cohen P, Cohen J, and B. J, *An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence, II: persistence of disorders*. J Child Psychol Psychiatry, 1993. **34**: p. 869-877.
  21. Association, A.P., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 1952, Washington DC.
  22. Assotiation, A.P., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2nd ed. 1975, Washington DC.
  23. Zocolillo M, Tremblay R, and V. F, *DSM-III-R and DSM-III criteria for conduct disorder in preadolescents girls: specific but insensitive*. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1996. **35**: p. 461-470.
  24. Schaffer D, Fisher P, and D. MK, *The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1996. **35**: p. 865-877.
  25. Angold A and C. EJ, *The Child and Adolescent Psychiatry Assessment*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2000. **39**: p. 39-48.
  26. Ambrosini PJ, *Historical development and present status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2000. **39**: p. 49-58.
  27. Reich W, *Diagnostic Interview for Children and Adolescents*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2000. **39**: p. 59-66.
  28. Loeber R, et al., *Continuity and desistance in disruptive boys' early fighting in schools*. Dev & Psychopathol, 1989. **1**: p. 39-50.
  29. Angold A and Costello EJ, *The relative diagnostic utility of child and parents reports of oppositional defiant disorders*. Int J Methods Psychiatr Res, 1996. **6**: p. 253-259.
  30. Boyle MH, et al., *Identifying thresholds for classifying psychiatric disorder: issues and prospects*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1996. **35**: p. 1440-1448.
  31. Lahey BB, Loeber R, and S.-L. M, *Comparison of DSM-III and DSM-III-R diagnoses for prepuberal children: changes in prevalence and validity*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1990. **29**: p. 620-626.

32. Loeber R, et al., *Antisocial Behavior and Mental Health Problems: Explanatory Factors in Childhood and Adolescence*. 1998, Mahwah, NJ: Erlbaum.
33. Kashani JH, et al., *Conduct disordered adolescents from a community sample*. Canadian Journal of Psychiatry, 1987. **32**: p. 756-760.
34. Feehand M, et al., *DSM-III-R disorders in New Zealand 18-year olds*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1994. **28**: p. 87-99.
35. Offord DR, Boyle MH, and Szatmari P, *Ontario Child Health Study, II: six-month prevalence of disorder and rates of service utilization*. Archives of General Psychiatry, 1987. **44**: p. 832-836.
36. Costello EJ, Angold A, and Erkanli A, *Comorbidity*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1999. **40**: p. 57-87.
37. Fergusson DM, Horwood LJ, and Lynskey MT, *Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds*. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1993. **32**: p. 1127-1134.
38. Rolf Loeber, et al., *Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part I*. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2000. **39**(12): p. 1468-1484.
39. Lahey BB, Loeber R, and Quay HC, *Validity of DSM-IV subtypes of conduct disorder based on age of onset*. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998. **37**: p. 435-442.
40. Loeber R and Hay DF, *Key issues in the development of aggressive and violence from childhood to early adulthood*. Annu Rev Psychol, 1997. **48**: p. 371-410.
41. Lahey BB, et al., *Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders*, in *Handbook of the Disruptive Behavior Disorders*, Quay HC and Hogan A, Editors. 1999, Plenum: New York. p. 23-48.
42. Keenan K and Shaw D, *Developmental and social influences on young girls' early problem behavior*. Psychology Bulletin, 1997. **121**: p. 95-113.
43. Angold A, Costello EJ, and Erkanli A, *Comorbidity*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1999. **40**: p. 57-87.
44. Angold A and Costello EJ, *Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder*. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1996. **35**: p. 1205-1212.
45. Robins LN, Tipp J, and McEvoy L, *Antisocial Personality*, in *Psychiatric Disorders in America*, Robins LN and Reiger D, Editors. 1991, Free Press: New York. p. 258-290.
46. Anderson JC, et al., *Cognitive and social correlates of DSM-III disorders in preadolescent children*. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1989. **28**: p. 842-846.
47. af Klinteberg B, *Hyperactive behaviour and aggressiveness as early risk indicators for violence*. Stud Crime Crime Prev, 1997. **6**: p. 21-34.
48. Gittelman R, et al., *Hyperactive boys almost grown up*. Archives of General Psychiatry, 1985. **42**: p. 937-947.
49. Mannuzza S, et al., *Hyperactive boys almost grown up: replication of psychiatric status*. Archives of General Psychiatry, 1991. **48**: p. 77-83.
50. Farrington DP, Loeber R, and van Kammen WB, *Long-term criminal outcomes of hyperactivity-impulsivity-attention deficit and conduct problems in childhood*, in *Straight and Devious Pathways From Childhood to Adulthood*, Robins LN and

- Rutter M, Editors. 1990, Cambridge university Press: Cambridge, England. p. 62-81.
51. Magnusson D and Bergman LR, *A pattern approach to the study of pathways from childhood to adulthood*, in *Straight and Devious Pathways From Childhood to Adulthood*, Robins LN and Rutter M, Editors. 1990, Cambridge University Press: Cambridge, England. p. 101-115.
  52. Biederman J, Faraone SV, and Milberger S, *Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up of children with ADHD*. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996. **35**: p. 1193-1204.
  53. Satterfield JH and Schell A, *A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality*. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997. **36**: p. 1726-1735.
  54. Loeber R, et al., *Wich boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995. **34**: p. 499-509.
  55. Lahey BB and Loeber R, *Framework for a developmental model of oppositional defiant disorder and conduct disorder*, in *Disruptive Behaviour Disorders in Childhood*, Routh DK, Editor. 1994, Plenum: New York. p. 139-180.
  56. Lahey BB, et al., *Oppositional defiant disorder and conduct disorder*, in *DSM-IV Sourcebook*, Widiger TA, et al., Editors. 1997, American Psychiatric Association: Washington DC. p. 189-209.
  57. Lahey BB, Waldman ID, and McBurnett K, *The development of antisocial behaviour: an integrative causal model*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1999. **40**: p. 669-682.
  58. Moffitt TE, *Juvenile delinquency and attention deficit disorder: boys' developmental trajectories from age 13 to age 15*. *Child Development*, 1990. **61**: p. 893-910.
  59. Abikoff H and Klein RG, *Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder: comorbidity and implications for treatment*. *J Consult Clin Psychol*, 1992. **60**: p. 881-892.
  60. Cantwell DP and Baker L, *Attention deficit disorder with and without hyperactivity: a review and comparison of matched groups*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1992. **31**: p. 432-438.
  61. Magnusson D, *Aggressiveness, hyperactivity, and autonomic activity/reactivity in the development of social maladjustment*, in *Paths Through Life*, Magnusson D, Editor. 1988, Erlbaum: Hillsdale NJ. p. 153-172.
  62. Jensen PS, Martin D, and Cantwell DP, *Comorbidity in ADHD: implications for research, practice and DSM-IV*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997. **36**: p. 1065-1079.
  63. Hinshaw S, Lahey BB, and Hart E, *Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder*. *Developmental Psychopathology*, 1993. **5**: p. 31-49.
  64. Babinski LM, Hartsough CS, and Lambert NM, *Childhood conduct problems, hyperactivity-impulsivity and inattention as predictors of adult criminal activity*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1999. **40**: p. 347-355.

65. Loeber R and Keenan K, *The interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: effects of age and gender*. Clinical Psychology Review, 1994. **14**: p. 497-523.
66. Zoccolillo M, *Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: a review*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1992. **31**: p. 547-556.
67. Loeber R, Lahey BB, and Thomas c, *Diagnostic conundrum od oppositional defiant disorder and conduct disorder*. J Abnorm Psychol, 1991. **100**: p. 379-390.
68. Silverthorn P and Frick PJ, *Developmental pathways to antisocial behavior: the delayed onset pathway in girls*, in *Development and psychopathology*, Cicchetti D, Editor. 1999, Cambridge University Press: New York. p. 101-126.
69. Kelley BT, et al., *Developmental Pathways in Boys' Disruptive and Delinquent Behavior*, ed. U.D.o. Justice. 1997, Washington DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
70. Loeber R, Keenan K, and Zhang Q, *Boys' experimentation and persistence in developmental pathwaystoward serious delinquency*. J Child Fam Stud, 1997. **6**: p. 321-357.
71. Loeber R, et al., *Secondary data analyses for DSM-IV on the symptoms of oppositional defiant disorder and conduct disorder*, in *DSM-IV Sourcebook*, W. TA, Editor. 1998, American Psychiatric Press: Washington DC.
72. Loeber R, et al., *Evidence for developmentally based diagnoses of oppositional defiant disorder and conduct disorder*. J Abnorm Child Psychol, 1993. **21**: p. 377-410.
73. Russo MF, et al., *Oppositional defiant and conduct disorders: validation of the DSM-III-R and an alternative diagnostic opinion*. J Clin Child Psychol, 1994. **23**: p. 56-68.
74. Loeber R and Stouthamer-Loeber M, *The development of juvenile aggression and violence: some common misconceptions and controversies*. Am Psychol, 1998. **53**: p. 242-259.
75. Nagin D and Tremblay RE, *Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency*. Child Development, 1999. **70**: p. 1181-1196.
76. Eaves L, et al., *Genetic and environmental causes of covariation in interview assessments of disruptive behavior in child and adolescent twins*. Behav Genet, 2000. **30**: p. 321-334.
77. Pike A, et al., *Family environment and adolescent depressive symptoms and antisocial behavior: a multivariate genetic analysis*. Developmental Psychology, 1996. **32**: p. 590-603.
78. Edelbrock C, et al., *A twin study of competence and problem behavior in childhood and early adolescence*. J Child Psychol Psychiatry, 1995. **36**: p. 775-785.
79. Lyons MJ, True WR, and Eisen SA, *Differential heritability of adult and juvenile antisocial traits*. Archives of General Psychiatry, 1995. **52**: p. 906-915.
80. Farrington DP, et al., *The concentration of offenders in family, and family criminality in the prediction of boys' delinquency*. Journal of Adolescence, 2001. **24**: p. 579-596.

81. Pfiffner LJ, McBurnett K, and Lahey BB, *Association of parental psychopathology to the comorbid disorders of boys with attention deficit-hyperactivity disorder*. J Consult Clin Psychol, 1999. **67**: p. 881-893.
82. Kaplan HB and Liu X, *Explaining transgenerational continuity in antisocial behavior during early adolescence*, in *Historical and Geographical Influences on Psychopathology*, Cohen P, Slomkowski C, and Robins LN, Editors. 1999, Erlbaum: Mahwah, NJ. p. 163-191.
83. Pliszka SR, *The psychobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder*, in *Handbook of disruptive behavior disorders*, Quay HC and Hogan AE, Editors. 1999, Kluwer Academic/Plenum: New York. p. 371-395.
84. Brower MC and Price BH, *Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behavior: a critical review*. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2001. **71**: p. 720-726.
85. Golden CJ, et al., *Neuropsychological correlates of violence and aggression: a review of the clinical literature*. Aggressive and Violent Behavior, 1996. **1**: p. 3-25.
86. Davidson, R.J., K.M. Putnam, and C.L. Larson, *Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation--a possible prelude to violence*. Science, 2000. **289**(5479): p. 591-4.
87. Baving, L., M. Laucht, and M.H. Schmidt, *Oppositional children differ from healthy children in frontal brain activation*. J Abnorm Child Psychol, 2000. **28**(3): p. 267-75.
88. Sterzer, P., et al., *A structural neural deficit in adolescents with conduct disorder and its association with lack of empathy*. Neuroimage, 2007. **37**(1): p. 335-42.
89. Kruesi, M.J., et al., *A 2-year prospective follow-up study of children and adolescents with disruptive behavior disorders. Prediction by cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid, homovanillic acid, and autonomic measures?* Arch Gen Psychiatry, 1992. **49**(6): p. 429-35.
90. Unis, A.S., et al., *Platelet serotonin measures in adolescents with conduct disorder*. Biol Psychiatry, 1997. **42**(7): p. 553-9.
91. Pine, D.S., et al., *Neuroendocrine response to fenfluramine challenge in boys. Associations with aggressive behavior and adverse rearing*. Arch Gen Psychiatry, 1997. **54**(9): p. 839-46.
92. Lu, R.B., et al., *Dopamine D2 receptor gene (DRD2) is associated with alcoholism with conduct disorder*. Alcohol Clin Exp Res, 2001. **25**(2): p. 177-84.
93. Rowe, D.C., et al., *Two dopamine genes related to reports of childhood retrospective inattention and conduct disorder symptoms*. Mol Psychiatry, 2001. **6**(4): p. 429-33.
94. van Goozen, S.H., et al., *Adrenal androgens and aggression in conduct disorder prepubertal boys and normal controls*. Biol Psychiatry, 1998. **43**(2): p. 156-8.
95. McBurnett, K., et al., *Low salivary cortisol and persistent aggression in boys referred for disruptive behavior*. Arch Gen Psychiatry, 2000. **57**(1): p. 38-43.
96. Oosterlaan, J., et al., *Low basal salivary cortisol is associated with teacher-reported symptoms of conduct disorder*. Psychiatry Res, 2005. **134**(1): p. 1-10.
97. Rowe, R., et al., *Testosterone, antisocial behavior, and social dominance in boys: pubertal development and biosocial interaction*. Biol Psychiatry, 2004. **55**(5): p. 546-52.

98. Rogeness, G.A., et al., *Differences in heart rate and blood pressure in children with conduct disorder, major depression, and separation anxiety*. *Psychiatry Res*, 1990. **33**(2): p. 199-206.
99. van Lang, N.D., et al., *Autonomic reactivity in clinically referred children attention-deficit/hyperactivity disorder versus anxiety disorder*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2007. **16**(2): p. 71-8.
100. Satir, V.M., *A humanistic approach*. *Int J Psychiatry*, 1970. **9**: p. 245-6.
101. Hoffman, L., *Foundations of Family Therapy. A Conceptual Framework for Systems Change*, ed. I. Basic Books. 1981, New York.
102. Minuchin, S. and H.C. Fishman, *Técnicas de Terapia Familiar*. 2005, México, D.F.: Editorial Paidós Mexicana, S.A.
103. Kashdan, T.B., et al., *Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: modeling relationships with family functioning*. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2004. **33**(1): p. 169-81.
104. Gwyther, R.E., et al., *Validity of the Family APGAR in patients with irritable bowel syndrome*. *Fam Med*, 1993. **25**(1): p. 21-5.
105. Calam, R., et al., *Childhood asthma, behavior problems, and family functioning*. *J Allergy Clin Immunol*, 2003. **112**(3): p. 499-504.
106. Fossum, S., et al., *Childhood disruptive behaviors and family functioning in clinically referred children: are girls different from boys?* *Scand J Psychol*, 2007. **48**(5): p. 375-82.
107. McKay, J.R., et al., *The relationship of pretreatment family functioning to drinking behavior during follow-up by alcoholic patients*. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1992. **18**(4): p. 445-60.
108. Johnson, V.K., *Linking changes in whole family functioning and children's externalizing behavior across the elementary school years*. *J Fam Psychol*, 2003. **17**(4): p. 499-509.
109. Shek, D.T., *The relation of family functioning to adolescent psychological well-being, school adjustment, and problem behavior*. *J Genet Psychol*, 1997. **158**(4): p. 467-79.
110. Shek, D.T., *Family functioning and psychological well-being, school adjustment, and problem behavior in chinese adolescents with and without economic disadvantage*. *J Genet Psychol*, 2002. **163**(4): p. 497-502.
111. McFarlane, A.H., A. Bellissimo, and G.R. Norman, *Family structure, family functioning and adolescent well-being: the transcendent influence of parental style*. *J Child Psychol Psychiatry*, 1995. **36**(5): p. 847-64.
112. Frick, P.J., et al., *Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: parental psychopathology and maternal parenting*. *J Consult Clin Psychol*, 1992. **60**(1): p. 49-55.
113. Haapasalo, J. and R.E. Tremblay, *Physically aggressive boys from ages 6 to 12: family background, parenting behavior, and prediction of delinquency*. *J Consult Clin Psychol*, 1994. **62**(5): p. 1044-52.
114. Wasserman, G.A., et al., *Parenting predictors of early conduct problems in urban, high-risk boys*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996. **35**(9): p. 1227-36.
115. Stormshak, E.A., et al., *Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school*. *Conduct Problems Prevention Research Group*. *J Clin Child Psychol*, 2000. **29**(1): p. 17-29.

116. Wootton, J.M., et al., *Ineffective parenting and childhood conduct problems: the moderating role of callous-unemotional traits*. J Consult Clin Psychol, 1997. **65**(2): p. 301-8.
117. Pike, A. and R. Plomin, *Importance of nonshared environmental factors for childhood and adolescent psychopathology*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996. **35**(5): p. 560-70.
118. Greene, R.W., et al., *Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder*. Am J Psychiatry, 2002. **159**(7): p. 1214-24.
119. Kilic, B.G. and S. Sener, *[Family functioning and psychosocial characteristics in children with attention deficit hyperactivity disorder with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder]*. Turk Psikiyatri Derg, 2005. **16**(1): p. 21-8.
120. Veitía, T.O., D.d.I.C. Freijomil, and C.D. Retureta, *Propuesta de un Instrumento para la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en Familias Disfuncionales*. Revista Cubana de Enfermería, 1999. **15**(3).
121. Smilkstein, G., *The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians*. J Fam Pract, 1978. **6**(6): p. 1231-9.
122. Smucker, W.D., et al., *Relationship between the family APGAR and behavioral problems in children*. Arch Fam Med, 1995. **4**(6): p. 535-9.
123. Murphy, J.M., et al., *The family APGAR and psychosocial problems in children: a report from ASPN and PROS*. J Fam Pract, 1998. **46**(1): p. 54-64.
124. Rodriguez Fernandez, E., et al., *[Apgar questionnaire in the study of family function]*. Aten Primaria, 1996. **17**(5): p. 338-41.
125. Bellon Saameno, J.A., et al., *[Validity and reliability of the family Apgar family function test]*. Aten Primaria, 1996. **18**(6): p. 289-96.
126. Bellon and Saameno JA, *Validez y Fiabilidad del cuestionario de funcionamiento familiar APGAR-Familiar*. Atención Primaria, 1996. **18**(6): p. 289-296.
127. Taylor, E., et al., *Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996. **35**(9): p. 1213-26.
128. Angold, A. and E.J. Costello, *Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues*. Am J Psychiatry, 1993. **150**(12): p. 1779-91.
129. Masten, A.S., *Toward a developmental psychopathology of early adolescent, in Early Adolescent Transitions*, M.D. Levine and E.R. McArney, Editors. 1988, Heath: Lexington, MA. p. 261-278.
130. Knapp, M., et al., *The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 3. Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood*. Br J Psychiatry, 2002. **180**: p. 19-23.
131. Gilmour, J., et al., *Social communication deficits in conduct disorder: a clinical and community survey*. J Child Psychol Psychiatry, 2004. **45**(5): p. 967-78.
132. Wichstrom, L., et al., *Disqualifying family communication and childhood social competence as predictors of offspring's mental health and hospitalization. A 10- to 14-year longitudinal study of children at risk of psychopathology*. J Nerv Ment Dis, 1996. **184**(10): p. 581-8.
133. David, O.J. and H.L. Wintrob, *Communication disturbances and hyperactive/conduct-disturbed behavior*. Psychiatry, 1989. **52**(4): p. 379-92.

134. Tseng, W.S. and J.F. McDermott, Jr., *Triaxial family classification: a proposal*. J Am Acad Child Psychiatry, 1979. **18**(1): p. 22-43.
135. Frick, P.J., *Family disfunction and the disruptive disorders: a review of recent empirical findings*, in *Advances in Clinical Child Psychology*, T.H. Ollendick and R.J. Prinz, Editors. 1994, Plenum: New York. p. 203-226.
136. Hovens, J.G., D.P. Cantwell, and R. Kiriakos, *Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescent substance abusers*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1994. **33**(4): p. 476-83.
137. White, J.L., et al., *Measuring impulsivity and examining its relationship to delinquency*. J Abnorm Psychol, 1994. **103**(2): p. 192-205.
138. San Martín, H., *Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas*. Salud y Enfermedad. 2002, México, D.F.: Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana.
139. Haller, K.B., *Problems in family assessment*. MCN Am J Matern Child Nurs, 1990. **15**(5): p. 338.
140. Halvorsen, J.G., *Self-report family assessment instruments: an evaluative review [see comment]*. Fam Pract Res J, 1991. **11**(1): p. 21-55.
141. Gardner, W., et al., *Does the family APGAR effectively measure family functioning?* J Fam Pract, 2001. **50**(1): p. 19-25.

# Anexos

---

**Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA)**  
**Instituto Nacional de Psiquiatría RFM**  
**(Relacionada para los criterios del DSM-IV)**

**Índice**

<b>A. Presentación</b>	<b>2</b>
<b>B. Procedimiento</b>	<b>2</b>
<b>1. Datos Generales</b>	<b>3</b>
<b>2. Motivo de Consulta y Padecimiento Actual</b>	<b>4</b>
<b>3. Trastorno Depresivo Mayor</b>	<b>5 - 6</b>
<b>4. Distimia</b>	<b>6 - 7</b>
<b>5. Trastorno Bipolar (Episodio Maníaco)</b>	<b>7 - 8</b>
<b>6. Trastorno por Déficit de Atención</b>	<b>8 - 9</b>
<b>7. Trastorno de Conducta</b>	<b>9 -10</b>
<b>8. Trastorno Desafiante Opositorista</b>	<b>10-11</b>
<b>9. Trastornos por Tics</b>	<b>11-12</b>
Trastorno por Tics Transitorio	<b>11</b>
Trastorno por Tics Crónico Motor o Vocal	<b>12</b>
Trastorno Gilles Tourette	<b>12</b>
<b>10. Trastorno de Ansiedad de Separación</b>	<b>12-13</b>
<b>11. Trastorno Obsesivo-Compulsivo</b>	<b>13-14</b>
<b>12. Trastorno de Crisis de Angustia (Agorafobia)</b>	<b>14-15</b>
<b>13. Trastorno por Fobia Específica</b>	<b>16</b>
<b>14. Abuso de Sustancias</b>	<b>16-17</b>
<b>15. Dependencia de Sustancias</b>	<b>17</b>
<b>16. Esquizofrenia</b>	<b>17-19</b>
<b>17. Interrogatorio Acerca del Abuso Físico y Sexual</b>	<b>19</b>
<b>18. Trastornos de la Eliminación</b>	<b>20-21</b>
Enuresis	<b>20</b>
Encopresis	<b>20-21</b>
<b>19. Historia del Desarrollo</b>	<b>21-22</b>
Embarazo y Parto	<b>21</b>
Desarrollo Motor	<b>21</b>
Desarrollo Lenguaje	<b>21</b>
Desarrollo Social-Adaptativo	<b>21</b>
Desarrollo Académico	<b>22</b>
Desarrollo de los Hábitos	<b>22</b>
Desarrollo Sexual	<b>22</b>
<b>20. Antecedentes</b>	<b>22-23</b>
Antecedentes Personales No Patológicos	<b>22</b>
Antecedentes Personales Patológicos	<b>23</b>
Antecedentes Heredo-Familiares	<b>23</b>
<b>21 Evaluación del Funcionamiento Psicosocial</b>	<b>23-24</b>

## **A. Presentación**

La presente entrevista semiestructurada esta diseñada para corresponder con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (DSM-IV), y para ser aplicada por psiquiatras o por residentes en psiquiatría a adolescentes entre los 13 y los 19 años.

## **B. Procedimiento**

El entrevistador debe presentarse, explicando al paciente se trata de una entrevista bajo un diseño específico por lo que la mayoría de las preguntas ya están establecidas y obligan a ciertas restricciones en las respuestas, sin embargo al final de la misma, el paciente tendrá tiempo suficiente para profundizar en cualquier área que así lo desee.

Se debe solicitar la autorización por escrito del adolescente y de uno de los padres para la realización de la entrevista, explicando se trata de un proyecto de investigación cuyos resultados serán confidenciales y sólo servirán para fines científicos, si el adolescente se niega, se deberá insistir tratando de indagar los motivos por los cuáles pudiera negarse, explicándole detalladamente el procedimiento y haciendo énfasis en la confidencialidad, si pese a esto persiste en su negativa, la entrevista se suspende en este momento.

La entrevista se realizará con el adolescente y con la presencia de uno o ambos padres o tutores, los apartados de consumo de alcohol y sustancias y del área sexual se buscará interrogar en privado con el paciente.

Todas las preguntas están orientadas al adolescente, se debe solicitar al padre que participe en las respuestas cuando se percate de imperfecciones u omisiones en lo contestado por su hijo; en caso de diferencias se buscará un acuerdo entre ambos, si después de esto persistieran queda a criterio del entrevistador consignar la respuesta. Debe tenerse en consideración que las conductas externalizadas incluyendo el área de los trastornos de conducta, oposicionista desafiante y déficit de atención pueden ser bien reportadas por los padres, las conductas internalizadas incluyendo el área de los trastornos de ansiedad y depresión pueden ser bien reportadas por los adolescentes.

## 1. Datos Generales

- 1.1. ¿Cómo te llamas?
- 1.2. ¿Cuántos años tienes? (codificar al lado el número de expediente de la institución)
- 1.3. ¿Cuándo y dónde naciste? (*día, mes y año, así como ciudad, edo. y país*)
- 1.4. ¿Qué estudias, en que escuela, (*especificar si es escuela pública o privada*) y en que año estás o cuál fue el último curso que terminaste?
- 1.5. (*Sólo si no estudia actualmente*) ¿Hace cuánto tiempo (*en meses*) dejaste de estudiar? (*Anotar cuántos periodos y por cuánto tiempo (*en meses*) cada uno, dejó en alguna ocasión de estudiar*)
- 1.6. ¿Alguna vez reprobaste año desde la primaria (*en caso afirmativo*) cuáles?
- 1.7. ¿Estás trabajando, cuánto tiempo llevas trabajando? (*buscar que el adolescente detalle sobre las características del trabajo*)
- 1.8. ¿Cuántos trabajos has tenido? (*buscar que el adolescente detalle cada uno de éstos*)
- 1.9. ¿Cuál es tu dirección?
- 1.10. ¿Cuál es tu teléfono (*si no tiene teléfono*) en qué teléfono podemos localizarte y de quién es?
- 1.11. ¿Con quién vives? (*Detallar edades de cada uno de los familiares con los que vive, sino menciona a uno de los dos padres preguntar dirigidamente por él/ella con motivo de muerte, separación, etc. o tiempo de no verlo*)
- 1.12. ¿Desde hace cuánto vives con ellos?
- 1.13. ¿Qué religión tienes?

(Interrogatorio dirigido al padre)

- 1.14. ¿Cuál es su nombre y edad?
- 1.15. ¿Cuál es su relación con el paciente (*es el padre o la madre u otro familiar*)?
- 1.16. ¿Cuáles son sus estudios?
- 1.17. ¿Cuál es su ocupación?
- 1.18. ¿Vive usted con el paciente?

## 2. Motivo de Consulta y Padecimiento Actual

Preguntarle al adolescente si viene por su propia voluntad o si es traído sin su total aprobación, comenzar el interrogatorio centrados en el paciente dirigiendo las preguntas directamente al adolescente.

2.1. ¿Porqué vienes con nosotros, en que podemos ayudarte?

Posteriormente se preguntará al adulto que lo acompaña:

2.1. ¿En qué podemos servirle, cuál es el problema de su hijo?

*Se recomienda que una vez expresado el motivo de consulta y el problema inicialmente referido se haga un interrogatorio por áreas abarcando la familiar, la escolar, la de amigos, la laboral, etc.*

2.2 al 2.5. ¿Qué otros problemas tienes?

*Una vez que el paciente y el padre consideren agotados los problemas que llevaron al paciente a consulta **el entrevistador enumerará de forma sintomática o sindromática los problemas referidos por el paciente, solicitando su acuerdo y marcando su evolución en semanas (listado del 2.1 al 2.5 en la hoja de respuestas)**. Cuando el entrevistador tenga claro el motivo de consulta y el padecimiento actual del adolescente, decidirá cuál será el orden de aplicación de los diferentes apartados conforme a la enumeración hecha de los mismos. Deberá igualmente decidir si el interrogatorio se realizará para el padecimiento actual, a lo largo de la vida o ambos, se consignará la presencia o la ausencia del síntoma así como tiempo de evolución en la hoja de respuestas, debe recordarse que puede establecerse el síntoma como un elemento caracterológico y así deberá consignarse en la hoja de respuestas en rasgo. Es posible que también exista duda sobre el síntoma aun después de un interrogatorio completo o bien que la exploración fuera incompleta ésto deberá quedar registrado en cada síntoma. Existen puntos de salto que permiten acelerar la entrevista cuando no existe evidencia de síntomas fundamentales del apartado, estos puntos de salto están marcados en algunas áreas con letras cursivas.*

*Se recomienda permitirle tribuna libre al paciente o al familiar, otorgando una duración aproximada de 15 a 30 minutos en este apartado.*

### 3. Trastorno Depresivo Mayor

*Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.*

- 3.1 ¿Has tenido algún cambio en el estado de ánimo, te sientes triste o enojado?
- 3.2. ¿Disfrutas hacer las cosas tanto como antes, salir con amigos, ver la TV., ir al cine?
- 3.3. ¿Has bajado de peso sin estar a dieta?
- 3.4. ¿Tienes problemas para dormir, te cuesta trabajo empezar, te levantas a mitad de la noche o mucho antes de la hora que acostumbras o duermes de más durante el día?
- 3.5. ¿Has estado más agitado o inquieto o por el contrario lento en los movimientos?
- 3.6. ¿Te has sentido cansado o con menos energía?
- 3.7. ¿Te has sentido inútil o muy culpable?
- 3.8. ¿Has tenido problemas para poner atención, concentrarte o te has sentido muy indeciso?
- 3.9. ¿Te han surgido ideas continuas sobre la muerte o el suicidio?
- 3.10. ¿En algún momento durante la última semana te has sentido muy alegre, con mucha seguridad en ti mismo, duermes mucho menos, hablas continuamente o sientas que tus ideas pasan muy rápidamente?
- 3.11. ¿Estos síntomas que me has referido te han ocasionado problemas o han deteriorado tu funcionamiento en la casa, con tus amigos, en la escuela o en el trabajo?
- 3.12. ¿Estos síntomas se han presentado asociados al estar consumiendo alguna medicina o alguna droga o vinculados con cualquier otro padecimiento fuera de los psiquiátricos?
- 3.13. ¿Ha muerto algún familiar cercano o algún amigo en los últimos meses?

### 3.14. ¿Hace cuánto?

## **Criterios de Corroboración para el Trastorno Depresivo Mayor**

*Se recomienda que los siguientes cuatro reactivos se confirmen como un listado de chequeo con el paciente y el padre cuando al menos cuatro síntomas del TDM estén presentes.*

*(Si el paciente no cumple con cuatro síntomas del apartado 3 se pasará al siguiente apartado)*

3.15. ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que durante los últimos tiempos te has sentido triste o infeliz o con sufrimiento o con llanto? *(Debe haber evidencia expresada recientemente de tristeza, infelicidad, sufrimiento o llanto)*

3.16 ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que durante los últimos tiempos has tenido un cambio de conducta en tu casa o en la escuela o con tus amigos? *(Deben haber antecedentes de un cambio de conducta de las últimas dos semanas hasta hace un año)*

3.17. ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que en los últimos tiempos has tenido problemas en tus actividades en casa o con tus amigos o has bajado en tu desempeño escolar? *(Debe haber evidencia de un deterioro reciente en las actividades sociales y/o una declinación en el desarrollo académico)*

3.18. *Dos o más de los siguientes síntomas deberán estar presentes: problemas para dormir, problemas con el apetito, pérdida de la energía o del interés usual, reducción de las actividades, expresar ideas de autodepreciación, amenazas o conductas suicidas.*

## **4. Distimia**

¿Durante todo un año o más tiempo te has sentido triste o enojado la mayor parte del tiempo?

*(Si es negativa la respuesta se debe suspender el interrogatorio de distimia)*

*Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.*

4.1. ¿Durante el último año has estado triste o sintiéndote enojado la mayor parte del tiempo, (dos de los siguientes seis) con poco apetito o comiendo de más, con insomnio o durmiendo mucho, con poca energía o fatigado, sintiéndote que vales poco, con pobre concentración y dificultades para tomar decisiones o sin esperanzas?

4.2. Me has dicho que hasta por lo menos un año te has sentido triste la mayor parte del tiempo, en alguna ocasión durante este periodo ha habido algún tiempo hasta de dos semanas o más en los cuales la tristeza fuera mucho más importante? *(Se debe descartar la presencia de un TDM durante el año de aparición de la distimia y sólo se consignara depresión doble si el TDM comenzó después del año)*

4.3 ¿Durante el año o el periodo en que han aparecido estos síntomas te has sentido excesivamente alegre o acelerado o ha habido episodios mixtos de tristeza y alegría?

4.4.¿Durante este tiempo en el cual te has sentido triste has tenido la completa seguridad que alguien te perseguía y te quería hacer daño o que escucharas voces, vieras imágenes, luces o sombras, te llegaran olores extraño o sintieras que te tocaran de forma continua.? *(Se debe de descartar la presencia de sintomatología psicótica crónica)*

4.5. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

4.6. ¿Los síntomas han provocado algún problema en tus actividades escolares, familiares o con las amistades?

## **5. Trastorno Bipolar (Episodio Maníaco)**

El entrevistador debe corroborar la presencia de un episodio anormal, persistente de ánimo elevado, expansivo o irritable con duración mínima de una semana. Este criterio pudo haber sido interrogado dentro del apartado de TDM de manera suficiente, si no fuera así deberá proseguir el interrogatorio.

*(Si no se cumple con este criterio de la definición de manía se descarta el resto del interrogatorio para el apartado)*

*Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.*

- 5.1. ¿Te has sentido con una gran autoestima, te sientes grandioso? ¿Sientes que eres el mejor?
- 5.2. ¿Has tenido poca necesidad de dormir, te sientes descansado durmiendo sólo tres horas?
- 5.3. ¿Has estado mucho más platicador?
- 5.4. ¿Tienes la sensación que tus ideas van muy rápido?
- 5.5. ¿Has tenido problemas para poner atención y te distraes por cualquier cosa?
- 5.6. ¿Has estado muy agitado o inquieto con tus amigos, en la escuela o en la casa?
- 5.7. ¿Has tenido mayor actividad sexual que la usual, o has iniciado negocios con una fuerte inversión o has gastado mucho más dinero de lo acostumbrado?
- 5.8. ¿Estos síntomas te han provocado problemas en la escuela, la casa, los amigos o el trabajo?
- 5.9. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

## **6. Trastorno por Déficit de Atención**

*Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.*

- 6.1. ¿Tienes problemas para poner atención o eres de los que comenten errores por falta de cuidado en el trabajo escolar o en cualquier actividad?
- 6.2. ¿Tienes problemas para mantener la atención en tareas o en juegos?
- 6.3. ¿Te han dicho que pareciera que no escuchas cuando se te habla?
- 6.4. ¿Te cuesta trabajo seguir las instrucciones o terminar las tareas?
- 6.5. ¿Se te dificulta organizar tus tareas o actividades?

- 6.6. ¿Te molestan o evitas las tareas o trabajos donde debas mantener la atención por un buen rato, sostenidamente?
- 6.7. ¿Eres de los que pierden fácilmente las cosas?
- 6.8. ¿Eres de los que se distraen por cualquier cosa?
- 6.9. ¿Se te olvidan los trabajos que debes hacer durante el día?
- 6.10. ¿Eres de los que se mueven continuamente, se frotan las manos o están de un lado a otro en el asiento?
- 6.11. ¿Eres de los que se paran del asiento cuando deberías permanecer sentado, como pudiera suceder en la escuela?
- 6.12. ¿Tienes una sensación continua de estar inquieto o de chico corrías en lugares en donde no se debía?
- 6.13. ¿Eres de los que no pueden jugar calladamente?
- 6.14. ¿Andas como si trajeras un motor puesto?
- 6.15. ¿Eres de los que habla mucho?
- 6.16. ¿Eres de los que contestas antes de terminar de hacerte la pregunta?
- 6.17. ¿Se te dificulta esperar tu turno, en las filas, etc.?
- 6.18. ¿Eres de los que llegas e interrumpes las conversaciones o los juegos?
- 6.19. ¿Algunos de los síntomas se han presentado antes de los siete años?
- 6.20. ¿Has tenido algún problema debido a los síntomas en la escuela, la casa o con tus amigos?
- 6.21. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

## **7. Trastorno de Conducta**

*Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar, ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.*

- 7.1. ¿Amenazas o intimidas a otros?
- 7.2. ¿Eres de los que inician peleas físicas?
- 7.3. ¿Has utilizado algún instrumento para herir o dañar?
- 7.4. ¿Has maltratado físicamente a un animal?

- 7.5. ¿Has maltratado físicamente a una persona?
- 7.6. ¿Has robado sin enfrentarte al dueño?
- 7.7. ¿Has robado enfrentándote al dueño?
- 7.8. ¿Has obligado a alguien a tener relaciones sexuales?
- 7.9. ¿Has incendiado buscando causar daño?
- 7.10. ¿Has destruido deliberadamente la propiedad de otros?
- 7.11. ¿Te has metido al auto o la casa de alguien sin su permiso?
- 7.12. ¿Eres mentiroso para obtener un beneficio a tu favor o evitar hacer obligaciones?
- 7.13. ¿Te has quedado fuera de casa en alguna ocasión pese a que te lo prohibieran? (antes de los 13 años)
- 7.14. ¿Te has escapado en la noche? (más de dos veces o una si tarda en regresar)
- 7.15. ¿Te has ido de pinta? (antes de los 13 años)
- 7.16. ¿Estos síntomas han provocado algún problema en la escuela, en la casa o con tus amigos?

## 8. Trastorno Desafiante Oposicionista

¿Dirías tu que eres una persona negativista que a todo dices que no, que llevas la contraria, que eres agresivo y que desafías sobre todo la autoridad de los adultos ya sean tus padres o maestros? *(El entrevistador debe determinar por medio de cuestionamiento directo al adolescente y al padre la presencia de una conducta negativista, hostil (agresiva) y desafiante durante los últimos 6 meses.)*

*(Si se responde negativamente a la presencia de esta conducta, se descarta el interrogatorio de Trastorno Desafiante Oposicionista)*

*Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar, ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.*

- 8.1. ¿Es seguido que pierdas la calma?
- 8.2. ¿Es frecuente que discutas con los adultos?
- 8.3. ¿Eres de los que seguido desafías o desobedeces las reglas de los adultos?
- 8.4. ¿Es frecuente que molestes a los demás?
- 8.5. ¿Culpas a otros de tus errores?
- 8.6. ¿Te irritas y enojas fácilmente por lo que otros te dicen?

8.7. ¿Estás frecuentemente enojado y resentido?

8.8. ¿Eres malicioso y vengativo?

8.9. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en la casa o con sus amigos?

8.10. Estos síntomas deben de presentarse independientes a un trastorno psicótico o depresivo. *(Puede incluirse la presentación mixta si durante el periodo de la manifestación existieron independientemente).*

8.11. El adolescente no debe tener diagnóstico conjunto de trastorno de conducta y de ser mayor de 18 años no se deberá cumplir con criterios para un trastorno antisocial de la personalidad.

## **9. Trastornos por Tics**

¿Tienes algún movimiento o haces ruidos extraños con la boca (vocalización estereotipada), que te venga de repente, que sea rápida, que se repita (recurrente) y que no tenga ningún ritmo (arrítmica), como tics?

*(Si responde negativamente a la definición operacional de tic, se descarta el interrogatorio de Trastornos por Tics)*

*Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroga la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroga sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar, ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.*

### **Trastorno por Tics Transitorio**

9.1. ¿Has tenido múltiples tics motores y/o vocales?

9.2. ¿Los tics se te han presentado muchas veces al día, casi todos los días las últimas 4 semanas pero no más de 12 meses consecutivos?

9.3. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?

9.4. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?

9.5 ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

### **Trastorno por Tics Crónico Motor o Vocal**

9.6. ¿Has tenido uno o múltiples tics motores o vocales, pero no ambos simultáneamente?

9.7. ¿Los tics se presentan muchas veces al día, continua o intermitentemente por más de un año y nunca has estado más de 3 meses consecutivos sin la molestia?

9.8. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?

9.9. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?

9.10. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

9.11. (El Trastorno de G. Tourette siempre ha estado ausente)

### **Trastorno de G. Tourette**

9.12. ¿Has tenido tanto tics motores como vocales en algún momento de la enfermedad aunque no sean simultáneos?

9.13. ¿Los tics se te presentan muchas veces al día, de manera continua por más de un año y nunca ha existido un periodo de 3 meses sin ellos?

9.14. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?

9.15. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?

9.16. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

## **10. Trastorno de Ansiedad de Separación**

¿Te da mucho miedo separarte de tus papás o salir de tu casa o piensas que algo muy malo les pueda pasar?

*Si responde negativamente se suspende el interrogatorio para este apartado*

*Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.*

10.1. ¿Te pones muy nervioso o te da mucho miedo cuando te separas de tu casa, de tu mamá o de tu papá?

10.2. ¿Te preocupa mucho que se pueda enfermar o que algo le pueda pasar a tu mamá o tu papá?

10.3. ¿Tienes miedo a que te separen de tu mamá o tu papá?

10.4. ¿Has dejado de ir a la escuela o de ir a otro lado por miedo a separarte de tu casa o papás?

10.5. ¿Te da miedo estar solo o sin adultos?

10.6. ¿Te da miedo dormir solo o fuera de la casa?

10.7. ¿Tienes pesadillas frecuentes?

10.8. ¿Eres de los que continuamente se están quejando de un dolor o una molestia en el cuerpo?

10.9. ¿Llevas 4 semanas con estas molestias?

10.10. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?

## **11. Trastorno Obsesivo-Compulsivo**

¿Tienes o has tenido ideas, imágenes o conductas repetitivas, que te incomoden, que las sientas ajenas, que te ocupen por más de una hora al día y que te produzcan malestar?, por ejemplo, hay persona que piensan continuamente que al saludar a los demás se contaminarán las manos y deben lavárselas continuamente, ésto los ocupa hasta una hora o más al día, ¿te sucede eso a ti o algo similar?

*(Si responde negativamente a la pregunta, se descarta el interrogatorio completo de trastorno Obsesivo-Compulsivo).*

*Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.*

11.1. ¿Tienes imágenes, impulsos o pensamientos continuos (persistentes o recurrente) que se repitan, que te sientas incómodo con ellos, que los sientes ajenos a ti, que te invaden (intrusivos e inapropiados) y que te produzcan ansiedad y tensión?

11.2. ¿Estas imágenes, impulsos o pensamientos son más que preocupaciones simples en torno a los problemas convencionales de la vida diaria?

11.3. ¿Has intentado ignorar o suprimir las imágenes, impulsos o pensamientos o neutralizarlos con otros pensamientos o acciones?

11.4. ¿Reconoces que las imágenes, impulsos o pensamientos son producto de tu mente o piensas que una fuerza extraña domina tus acciones y tus pensamientos?

11.5 ¿Tienes conductas repetitivas como lavarte las manos o rezar y hablar en quedito o estar contando las cosas? ¿Sientes que esto lo haces por una idea obsesiva o por ciertas reglas que deben de ser aplicadas rígidamente?

11.6. ¿Cuándo tienes estas conductas te sientes menos tenso o te relajas? (El entrevistador debe determinar si las conductas están conectadas realísticamente al motivo que las originó, si las neutraliza, si las previene o son claramente excesivas).

11.7. ¿Has reconocido en alguna ocasión que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o irrazonables? (Este criterio no se aplica en niños, queda a criterio del entrevistador aplicarlo en el adolescente).

11.8 ¿Las obsesiones y las compulsiones te generan mucha tensión, te ocupan mucho, más de una hora al día, o interfieren significativamente con tu rutina normal diaria, con tu trabajo o tus estudios o en tus relaciones sociales o de amigos?

11.9. El entrevistador debe determinar que las obsesiones o las compulsiones no estén restringidas al contexto de otra patología del eje I comórbido, por ejemplo: preocupación por la comida en un trastorno del comer, jalarse los cabellos en la presencia de tricotilomanía, preocupación por las drogas en el caso de abuso o dependencia, etc.

11.10¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

## **12. Crisis de Angustia**

¿Has tenido durante un periodo específico mucho miedo y tensión que te venga de repente te dure algún tiempo y luego se te quite con alguno (*deben estar presentes por lo menos cuatro*) de éstos síntomas: aceleración del corazón, palpitaciones, sudoración, temblor o sacudidas, dificultad para respirar, sensación de desbordarte, molestia o dolor en el cuello, náusea o molestias abdominales, mareado, sensación de ser ajeno a lo que te sucede, miedo a perder el control o volverte loco, miedo a morir, hormigueos o calofríos?

*(Si el adolescente no alcanza el criterio de crisis de angustia se detiene aquí el interrogatorio para este apartado)*

*Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroge la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroge sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.*

12.1 ¿Tienes recurrentes e inesperadas crisis de angustia?

12.2. ¿Has tenido preocupaciones por las crisis, que te repitan, que tengan consecuencias o implicaciones en tu salud o has tenido cambios en la conducta relacionados por las crisis? (Estas preocupaciones o estos cambios de conducta, al menos uno, deben estar presentes hasta después de un mes o más de alguna de las crisis, por lo que el lapso deberá ser interrogado por el entrevistador).

12.3. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

12.4. El entrevistador debe descartar que las crisis de angustia no formen parte de otro padecimiento como fobias, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, etc., que las explique mejor.

12.5. Debe establecerse la presencia o no de agorafobia

*(La agorafobia se define como la ansiedad asociada de estar en lugares o situaciones de donde escapar pueda resultar difícil o embarazoso o donde la ayuda no pueda estar disponible en el caso que la situación predisponga una crisis de angustia, se incluyen situaciones como salir sólo de casa, estar en multitudes, esperar en la fila, viajar en un autobús, tren, etc.)*

*(Si no se alcanza la definición de agorafobia se suspende en este momento el interrogatorio para este apartado)*

12.6. ¿Has evitado las situaciones que predispongan estos síntomas, o requieres la presencia de un acompañante para sentirte tranquilo?

12.7.(La ansiedad o la evitación fóbica no se explican mejor con otro diagnóstico como: fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático)

### 13. Trastorno por Fobia Específico

¿En alguna ocasión te ha sucedido que algo(animal, objeto o situación) te de mucho miedo de una forma excesiva, te sude el cuerpo, te cueste trabajo respirar, te lata rápida el corazón y que tengas que cambiar tu conducta como cambiar la acera por donde caminas al toparse con un perro o que tengas que salir del salón cuando te toque hablar, etc.?

*Si no cumple con el criterio anterior se suspende el interrogatorio de este apartado.*

*Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.*

13.1. ¿Te da mucho miedo algo? (El entrevistador debe determinar que sea excesivo e irracional el miedo ya sea anticipatorio o ante la presencia de un objeto o situación)

13.2. ¿Cuando estás frente a lo que te da miedo (animal, situación, cosa, etc.) invariablemente te provoca la respuesta? (La respuesta mimetiza una crisis de angustia o un estado catastrófico)

13.3. ¿Reconoces que el miedo que te da es excesivo e irracional? (Para los niños puede estar ausente este criterio)

13.4. ¿Tratas de evitar a como de lugar la situación o el animal que te da miedo?

13.5. ¿Este miedo, o las actitudes para evitarlo te han provocado problemas en la casa, con tus amigos o en la escuela?, ¿Te preocupa mucho que te venga el miedo?

13.6. ¿Llevas por lo menos seis meses con este miedo?

13.7. El entrevistador debe determinar si el miedo, las crisis de angustia o la evitación fóbica no se explican mejor por otra enfermedad como el trastorno Obsesivo-Compulsivo, el trastorno por estrés postraumático el trastorno de ansiedad de separación, etc.

## 14. Abuso de Sustancias

*(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugiere pasar al apartado 16)*

(Se deberá interrogar comenzando por alcohol, cannabis, inhalables, fármacos, cocaína, otros y consignar en la hoja de respuestas para cada uno).

*(Si responde negativamente al consumo de cualquier sustancia se suspende aquí el interrogatorio para abuso y dependencia a sustancias). (El consumo negativo de sustancias se entiende cuando: para alcohol es menor o igual a dos copas al mes, para otras sustancias como inhalables, cannabis, cocaína, etc. cuando es nulo o experimental en ocasión única)*

*Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar, ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.*

- 14.1. ¿El uso de la sustancia te impide cumplir tus tareas u obligaciones?
- 14.2. ¿Has usado la sustancia en situaciones peligrosas como manejar, nadar, patinar, etc.?
- 14.3. ¿Has tenido problemas con la ley por el uso de la sustancia?
- 14.4. ¿Has seguido usando la sustancia a pesar de que te ocasionen problemas con tu familia, tus amigos o aumenten los que ya tenías?

## 15. Dependencia de Sustancias

- 15.1. ¿Has tenido tolerancia, has aumentado el consumo o los efectos ahora son menos con la misma cantidad de la sustancia?
- 15.2. (¿Se ha presentado supresión?), ¿Has tenido la necesidad de consumir la sustancia para aliviar los síntomas cuando no la tomas?
- 15.3. ¿Has tomado la sustancia por más tiempo o por más cantidad de lo que planeabas o pensabas?
- 15.4. ¿Tienes el deseo continuo de dejar de consumir la sustancia?

- 15.5. ¿Utilizas gran parte de tu tiempo para conseguir la sustancia?
- 15.6. ¿Has reducido o abandonado actividades académicas, sociales o deportivas por consumir la sustancia?
- 15.7. ¿Reconoces que la sustancia te ha producido un problema físico o psicológico?

## **16. Esquizofrenia**

¿En alguna ocasión te ha sucedido que escuches voces que sólo tu pueda oír, que veas cosas que solamente tu puedas ver, que sientas que te vigilan, que te persiguen, que tienes alguna misión especial que cumplir o bien te has olvidado mucho de tu higiene personal, de bañarte o andar limpio o no quieres salir a la calle y prefieres siempre, siempre estar solo?

*(Si no cumple con alguno de los síntomas interrogados anteriormente se suspende el interrogatorio de esquizofrenia)*

*Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.*

*(Dos de los siguientes cinco reactivos deben estar presentes por lo menos durante un mes)*

16.1. ¿Has tenido la sensación de ser perseguido, vigilado, que hablen de ti o que te quieran hacer daño?, ¿Tienes una misión espiritual o sagrada que realizar en el mundo? (El entrevistador puede utilizar cualquier pregunta para determinar ideas delirantes sometiéndolas a prueba de realidad).

16.2. ¿Has escuchado voces que solamente tu puedas oír?, ¿Has visto imágenes luces o sombras que solamente tu puedas ver?, ¿Te han llegado olores que sólo tu puedas oler?, ¿Has sentido que te toquen sin que haya nadie junto a ti?

16.3. (El entrevistador debe determinar si existe desorganización en el discurso o en el lenguaje, incoherencia y establecerlo).

16.4. (El entrevistador debe determinar si existe conducta desorganizada o catatónica).

16.5. (El entrevistador debe determinar si existe la presencia de síntomas negativos como aplanamiento afectivo, aislamiento, abulia, etc.).

16.6. ¿Estos síntomas te han provocado problemas en el desempeño académico o laboral, en las relaciones familiares o con tus amigos?

16.7. ¿Has tenido estos síntomas durante los últimos 6 meses? (Deben estar presentes al menos dos de los síntomas del 16-1 al 16.5 por un mes continuo o menos si hubo tratamiento oportuno, sin embargo entre el periodo prodrómico o los síntomas residuales se debe cumplir el periodo de 6 meses con síntomas menos intensos o exclusivamente sintomatología negativa).

16.8. (El entrevistador debe excluir la presencia de sintomatología depresiva o maníaca).

16.9. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

16.10. (En el caso de existir un trastorno profundo (generalizado) del desarrollo el diagnóstico de esquizofrenia sólo se establece si existen alucinaciones o delirios importantes)

## **17. Interrogatorio Acerca del Abuso Físico y Sexual**

*(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugiere pasar al apartado 18)*

Para este estudio hablaremos de órganos sexuales de la siguiente manera: vagina es la parte sexual de la mujer, pene es la parte sexual del hombre, entrepierna es el área que existe entre las piernas de una persona, el ano es la apertura posterior del organismo por donde se defeca, las nalgas son las asentaderas o gluteos de una persona, senos son las mamas en la mujer.

17.1. ¿Alguien te ha enseñado las partes sexuales de su cuerpo cuando tu no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.2. ¿Alguien te ha amenazado con tener sexo cuando no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.3. ¿Alguien ha tocado tus zonas sexuales cuando no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.4. ¿Alguien ha intentado tener sexo contigo o alguien te ha atacado sexualmente cuando tu no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.5. ¿Si alguna vez alguien te atacó sexualmente, se lo dijiste o lo reportaste a alguien? (Si responde afirmativamente con quién habló).

17.6. ¿Antes de los 16 años alguna persona mayor que tu 5 ó más años te pegó o te pateó?

17.7. ¿Actualmente alguien de tu edad o mayor te pega o te patea?

## **18. Trastornos de la Eliminación**

### **Enuresis**

¿Te has hecho pipí, te orinas en la cama o en la ropa involuntaria o intencionalmente después de los 5 ó 6 años?

*(Si responde negativa la pregunta anterior se suspende el interrogatorio de enuresis)*

*Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.*

18.1. ¿Te has hecho pipí por lo menos dos veces a la semana en los últimos 3 meses? o ¿hacerte pipí te ha provocado problemas en la escuela, en la casa o con tus amigos?

18.2. (Este diagnóstico no se aplica para menores de 5 años)

18.3. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

### **Encopresis**

¿Te has hecho popó, caca, en lugares inapropiados, en la ropa o en el piso involuntaria o intencionalmente después de los 5 ó 6 años?

*(Si responde negativa la pregunta anterior se suspende el interrogatorio de encopresis)*

*Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar:*

*¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.*

18.4. ¿Te has hecho por lo menos una vez al mes popó en los últimos 3 meses?

18.5. (Este diagnóstico no se aplica para menores de 4 años)

18.6. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general excepto por mecanismos que involucren la constipación?

## **19. Historia del Desarrollo**

El entrevistador deberá interrogar la edad a la cual se presentaron cada una de las siguientes apartados de preferencia con el apoyo de uno de los padres: *(se recomienda que el clínico haga una breve descripción para cada reactivo en esta etapa de la entrevista)*

### **Embarazo y Parto**

19.1. Embarazo planeado

19.2. Embarazo con complicaciones

19.3. Tipo de parto

19.4. Peso al nacer

19.5. Talla al nacer

19.6. APGAR

### **Desarrollo Motor**

19.7. Sostén cefálico

19.8. Sedestación

19.9. Gateo

19.10. Bipedestación

19.11. Deambulaci3n

### **Desarrollo del Lenguaje**

19.12. Primeros Fonemas

19.13. Primeras Palabras

19.14. Primeras Frases

19.15. Frases Estructuradas

### **Desarrollo Social-Adaptativo**

19.16. Control de Esfínter Vesical

19.17. Consolidaci3n del Esfínter Vesical

19.18. Control de Esfínter Anal

19.19. Consolidaci3n del Esfínter Anal

### **Desarrollo Académico**

19.20. Edad a la que asistió a guardería

19.21. Edad a la que ingresó a preescolar (kinder) y años que cursó, conducta y aprovechamiento

19.22. Edad a la que ingresó a primaria, años reprobados, conducta y aprovechamiento

19.23. Edad a la que ingresó a secundaria, años reprobados, conducta y aprovechamiento

19.24. Edad a la que ingresó a la preparatoria, años reprobados, conducta y aprovechamiento

19.25. Otros estudios

### **Desarrollo de los Hábitos**

19.26. ¿Hubo alimentación al seno materno y por cuántos meses?

19.27. ¿Cuál fue la edad de ablactación?

19.28. ¿Hubo problemas para la alimentación?

19.29. ¿Cuándo durmió la primera noche completa?

19.30. ¿Hubo o hay problemas para el dormir? (Interrogar propositivamente noctilalia, bruxismo, sonambulismo, terrores nocturnos)

### **Desarrollo Sexual**

*(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugiere pasar al apartado 20))*

19.31. ¿A que edad se presentó tu interés en el sexo?

19.32. ¿A que edad se presentaron juegos con roles sexuales?

19.33. ¿A que edad se presentaron los caracteres sexuales secundarios?

19.34. ¿A qué edad se presentó la menstruación? ¿A qué edad se presentó la primera eyaculación?

19.35. ¿A qué edad se inició la masturbación?

19.36. ¿Cuál es la frecuencia de masturbación?

19.37. ¿Cuándo comenzó la vida sexual activa?

19.38. ¿Cuál es la preferencia sexual expresada?

## **20. Antecedentes**

### **Antecedentes Personales No Patológicos**

20.1. Interrogar sobre el tipo de familia e integración

20.2. Interrogar sobre el tipo de vivienda

20.3. Interrogar sobre la situación económica

### **Antecedentes Personales Patológicos**

- 20.4. Interrogar sobre antecedentes patológicos generales de enfermedades importantes (interrogar sobre tabaquismo).
- 20.5. Interrogar sobre número y circunstancias de hospitalizaciones
- 20.6. Interrogar sobre número y circunstancias de intervenciones quirúrgicas
- 20.7. Interrogar sobre intervenciones psicológicas o psiquiátricas previas, número, motivos y circunstancias de cambio o abandono

### **Antecedentes Heredo Familiares**

- 20.8. Interrogar sobre antecedentes de enfermedades no psiquiátricas en familiares de primer grado en línea paterna y materna
- 20.9. Interrogar sobre antecedentes de enfermedades psiquiátricas o neurológicas en familiares de primer grado en línea paterna o materna

### **21. Evaluación del Funcionamiento Psicosocial**

*(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente)*

Esta evaluación del funcionamiento psicosocial es una versión adaptada del “LIFE Base Schedule” para ser interrogadas por el entrevistador, consta de seis rubros del aspecto social y uno global que se responden del 1 al 5, 1 equivale a un funcionamiento superior y 5 equivale a un grave deterioro. En el caso de no aplicación, (debido a no inicio de vida sexual o no inicio de actividades laborales, etc.) se consignará NA.

#### **Trabajo**

- 21.1. ¿Cómo te desempeñas en tu escuela?
- 21.2. ¿Cómo te desempeñas con tus obligaciones en casa?
- 21.3. ¿Cómo te desempeñas en tu empleo?

#### **Relaciones Interpersonales**

- 21.4. ¿Cómo te llevas con tu novia, tu pareja?
- 21.5. ¿Cómo te llevas con los miembros de tu familia?
- 21.6. ¿Cómo te llevas con tus amigos?

#### **Funcionamiento Sexual**

- 21.7. ¿Qué tan frecuente tienes relaciones sexuales?
- 21.8. ¿Qué tanto disfrutas las relaciones sexuales?

#### **Satisfacción con la Vida**

- 21.9. ¿Te sientes satisfecho con la vida?

### **Actividades Recreacionales**

21.10. ¿Qué tan frecuente sales al cine, al deportivo, a divertirte?

21.11. ¿Qué tanto disfrutas salir a divertirte?

### **Valoración Global**

21.12. El entrevistador debe determinar cuál es el funcionamiento psicosocial global y calificarlo en la hoja de respuestas, basándose en los puntos anteriores del área.

**Francisco R. de la Peña Olvera**

**Clínica de Adolescentes  
Instituto Nacional de Psiquiatría RFM**

**Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA)  
Derechos Reservados**

**Puede utilizarse la ESA sólo con Adiestramientos Previo y para fines  
exclusivamente académicos y de investigación  
2003**

**Comunicación: [adolesc@imp.edu.mx](mailto:adolesc@imp.edu.mx)**

## Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA)

### Hoja de Respuestas

Nombre de quien entrevista: \_\_\_\_\_

Nombre de quien califica: \_\_\_\_\_

Fecha Test: \_\_\_\_\_ Fecha Re-test: \_\_\_\_\_

Fecha de llenado de esta hoja de respuestas: \_\_\_\_\_

Lugar de Aplicación: \_\_\_\_\_

1.1 Nombre del Sujeto: \_\_\_\_\_

1.2 Edad: \_\_\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_\_

1.3 Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

1.4 Año que cursa o último año cursado: \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección de la escuela: \_\_\_\_\_

1.5 Tiempo en meses que dejó la escuela: \_\_\_\_\_

1.6 Años que reprobó: \_\_\_\_\_

1.7 Trabajo, Tiempo en meses que lleva trabajando: \_\_\_\_\_

1.8 Número de trabajos que ha tenido: \_\_\_\_\_

1.9 Dirección: \_\_\_\_\_

1.10 Teléfono: \_\_\_\_\_

1.11 Miembros de la familia que viven con él:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.12 Tiempo de vivir con ellos: \_\_\_\_\_

1.13 Religión: \_\_\_\_\_

1.14 Nombre del padre que acompaña: \_\_\_\_\_

1.15 Relación familiar con el paciente: \_\_\_\_\_

1.16 Estudios del padre: \_\_\_\_\_

1.17 Ocupación del padre: \_\_\_\_\_

1.18 Vive con el paciente: Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

2.1 Problema 1: \_\_\_\_\_

Evolución: \_\_\_\_\_

2.2 Problema 2: \_\_\_\_\_

Evolución: \_\_\_\_\_

2.3 Problema 3: \_\_\_\_\_

Evolución: \_\_\_\_\_

2.4 Problema 4: \_\_\_\_\_

Evolución: \_\_\_\_\_

2.5 Problema 5: \_\_\_\_\_

Evolución: \_\_\_\_\_

Otros problemas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

		Evolución Actual		Evolución Vida	Rasgo	Duda	E.I.
3.1							
3.2							
3.3							

3.4						
3.5						
		<b>Evolución Actual</b>	<b>Evolución Vida</b>	<b>Rasgo</b>	<b>Duda</b>	<b>E.I.</b>
3.6						
3.7						
3.8						
3.9						
3.10						
3.11						
3.12						
3.13						
3.14						
3.15						
3.16						
3.17						
3.18						
<b>Trastorno Depresivo Mayor:</b>		<b>Actual:</b>	<b>Pasado:</b>			
4.1						
4.2						
4.3						
4.4						
4.5						
4.6						
<b>Distimia:</b>		<b>Actual:</b>	<b>Pasado:</b>			
5.1						
5.2						
5.3						
5.4						
5.5						
5.6						
5.7						
5.8						
5.9						
<b>Trastorno Bipolar. (Episodio Maníaco):</b>		<b>Actual:</b>	<b>Pasado:</b>			
6.1						
6.2						
6.3						
6.4						
6.5						
6.6						
6.7						
6.8						
6.9						
6.10						
6.11						
6.12						
6.13						
6.14						
6.15						
6.16						
6.17						
6.18						
6.19						
6.20						

6.21							
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Actual:				Pasado:			
7.1							
7.2							
7.3							
7.4							
		Evolución Actual		Evolución Vida	Rasgo	Duda	E.I.
7.5							
7.6							
7.7							
7.8							
7.9							
7.10							
7.11							
7.12							
7.13							
7.14							
7.15							
7.16							
Trastorno de Conducta:		Actual:		Pasado:			
8.1							
8.2							
8.3							
8.4							
8.5							
8.6							
8.7							
8.8							
8.9							
8.10							
8.11							
Trastorno Oposicionista y Desafiante:		Actual:		Pasado:			
9.1							
9.2							
9.3							
9.4							
9.5							
9.6							
9.7							
9.8							
9.9							
9.10							
9.11							
9.12							
9.13							
9.14							
9.15							
9.16							
Trastorno por Tics:		Actual:		Pasado:			
10.1							
10.2							
10.3							
10.4							
10.5							

10.6						
10.7						
10.8						
10.9						
10.10						
Trastorno de Ansiedad de Separación:		Actual:	Pasado:			
11.1						
11.2						
11.3						
11.4						
		Evolución Actual	Evolución Vida	Rasgo	Duda	E.I.
11.5						
11.6						
11.7						
11.8						
11.9						
11.10						
Trastorno Obsesivo Compulsivo:		Actual:	Pasado:			
12.1						
12.2						
12.3						
12.4						
12.5						
12.6						
12.7						
Trastorno de Pánico (Agorafobia):		Actual:	Pasado:			
13.1						
13.2						
13.3						
13.4						
13.5						
13.6						
13.7						
Trastorno por Fobia Específica:		Actual:	Pasado:			
14.1						
14.2						
14.3						
14.4						
14.1						
14.2						
14.3						
14.4						
14.1						
14.2						
14.3						
14.4						
15.1						
15.2						
15.3						
15.4						
15.5						

15.6						
15.7						
15.1						
15.2						
15.3						
15.4						
15.5						
15.6						
15.7						
15.1						
15.2						
15.3						
		Evolución Actual		Evolución Vida	Rasgo	Duda E.I.
15.4						
15.5						
15.6						
15.7						
16.1						
16.2						
16.2						
16.2						
16.2						
16.3						
16.4						
16.5						
16.6						
16.7						
16.8						
16.9						
16.10						
Esquizofrenia:		Actual:		Pasado:		
17.1						
17.2						
17.3						
17.4						
17.5						
17.6						
17.7						
Abuso Físico:		Actual:		Pasado:		
Abuso Sexual:		Actual:		Pasado:		
18.1						
18.2						
18.3						
18.4						
18.5						
18.6						
Enuresis:		Actual:		Pasado:		
Encopresis:		Actual:		Pasado:		
19.1	Embarazo Planeado					
19.2	Embarazo con complicaciones					
19.3	Tipo de Parto					

19.4	Peso al nacer
19.5	Talla al nacer
19.6	APGAR
19.7	Sostén cefálico
19.8	Sedestación
19.9	Gateo
19.10	Bipedestación
19.11	Deambulación
19.12	Primeros Fonemas
19.13	Primeras Palabras
19.14	Primeras Frases
19.15	Frases Estructuradas
19.16	Control de Esfínter Vesical
19.17	Consolidación de Esfínter Vesical
19.18	Control de Esfínter Anal
19.19	Consolidación de Esfínter Anal
19.20	Guardería
19.21	Pre-escolar
19.22	Primaria
19.23	Secundaria
19.24	Preparatoria
19.25	Otros estudios
19.26	Seno materno
19.27	Ablactación
19.28	Problemas en alimentación
19.29	Primera noche completa
19.30	Problemas en sueño
19.31	Interés en sexo (edad)
19.32	Juegos con roles sexuales
19.33	Caracteres sexuales secundarios
19.34	Menarca / Primera Eyaculación
19.35	Masturbación (edad)
19.36	Masturbación (frecuencia)
19.37	Vida Sexual Activa
19.38	Preferencia Sexual
20.1	Tipo de familia e integración
20.2	Vivienda
20.3	Situación económica
20.4	Antecedentes patológicos / Tabaquismo
20.5	Hospitalizaciones
20.6	Cirugías
20.7	Psiquiátricos / Psicológicos
20.8	Familiares
20.9	Familiares (Psiquiátricos)

**Evaluación del Funcionamiento Psicosocial**

21.1	1	2	3	4	5	NA
21.2	1	2	3	4	5	NA

21.3	1	2	3	4	5	NA
21.4	1	2	3	4	5	NA
21.5	1	2	3	4	5	NA
21.6	1	2	3	4	5	NA
21.7	1	2	3	4	5	NA
21.8	1	2	3	4	5	NA
21.9	1	2	3	4	5	NA
21.10	1	2	3	4	5	NA
21.11	1	2	3	4	5	NA
21.12	1	2	3	4	5	NA

Notas Extras:

## Escala de evaluación de problemas externalizados para adolescentes y adultos jóvenes (EPE-AA)

(Escala desarrollada en el Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, México, 2002,  
Drs. Lino Palacios, Rogelio Apiquián, Francisco de la Peña y Gerardo Heinze)

Nombre: \_\_\_\_\_

Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Por favor lee con cuidado cada enunciado y marca con una "X" qué tanto te ha afectado **a lo largo de toda tu vida** para nunca, ocasionalmente o frecuentemente. No hay respuestas buenas o malas.

		Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
1	He tenido problemas para terminar las tareas escolares en la casa			
2	He actuado como si tuviera un motor por dentro			
3	He iniciado peleas físicas			
4	He tenido problemas para concentrarme			
5	He sido atento en los juegos			
6	He discutido con los adultos			
7	He cumplido las reglas en la casa y en la escuela			
8	Te han dicho: "parece que no escuchas cuando se te habla"			
9	He tenido explosiones, pierdo el control			
10	He sido organizado			
11	Me enojaba por cosas insignificantes			
12	Terminaba las actividades que comenzaba			
13	Hablaba mucho, mucho, mucho			
14	Me rehusaba a obedecer a los adultos			
15	He sido muy desesperado para esperar mi turno			
16	He hecho berrinches			
17	He tenido problemas para seguir instrucciones			
18	Me he entrometido o interrumpido las conversaciones o juegos de otros			

		Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
19	He sido olvidadizo			
20	Me levantaba del asiento en clase o a la hora de comer			
21	He sido muy escandaloso			
22	He culpado a otros de mis errores			
23	He molestado sólo por molestar			
24	He actuado antes de pensar en lugar de pensar antes de actuar			
25	He sido rencoroso y vengativo			
26	He perdido fácilmente mis cosas			
27	He interrumpido a otros cuando hablan			
28	He podido seguir instrucciones sin problemas			
29	He sido temerario			
30	Me he escapado de la casa			
31	He estado involucrado en problemas con la policía			
32	He sido mentiroso			
33	Me he ido de pinta			
34	He amenazado			
35	He robado sin que se den cuenta			
36	He robado cara a cara			
37	He destruido las cosas de los demás intencionalmente			
38	He quemado las cosas de los demás intencionalmente			
39	He utilizado cuchillos, navajas o pistolas para herir a alguien			
40	He puesto atención en clases sin problemas			
41	He llegado más lejos de lo que quería la otra persona, me he pasado sexualmente			
42	He fumado			
43	Me he puesto borracho			
44	Me he drogado			

Por favor revisa haber contestado todos los reactivos.

***Funcionamiento Familiar en Población Clínica de Adolescentes con Trastornos  
Externalizados***

Nombre:	Folio:
Edad:	Sexo: ( ) Masculino ( ) Femenino
Aplicador:	Fecha:
No. Expediente:	

**APGAR Familiar**

¿Estás contento con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?

- ( ) Casi Nunca (0)
- ( ) A veces (1)
- ( ) Casi Siempre (2)

¿Platican entre ustedes los problemas que tienen en su casa?

- ( ) Casi Nunca (0)
- ( ) A veces (1)
- ( ) Casi Siempre (2)

¿Las decisiones importantes se toman entre todos en tu casa?

- ( ) Casi Nunca (0)
- ( ) A veces (1)
- ( ) Casi Siempre (2)

¿Estás contento con el tiempo que tu familia y tú pasan juntos?

- ( ) Casi Nunca (0)
- ( ) A veces (1)
- ( ) Casi Siempre (2)

¿Sientes que tu familia te quiere?

- ( ) Casi Nunca (0)
- ( ) A veces (1)
- ( ) Casi Siempre (2)

Puntaje Total:

Diagnósticos y otras observaciones:

**Funcionamiento Familiar en Población Clínica de Adolescentes con Trastornos Externalizados**

Escala de Funcionamiento Familiar FF - SIL

Nombre:	Folio:
Edad:	Sexo: ( ) Masculino ( ) Femenino
Aplicador:	Fecha:
No. Expediente:	

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en tu familia. Escoge y marca con una X tu respuesta según la frecuencia en que la situación se presenta.

		Casi Nunca	Pocas Veces	A veces	Muchas veces	Casi Siempre
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					