

11241  
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ".

TESINA PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO ESPECIALISTA EN  
PSIQUIATRÍA GENERAL

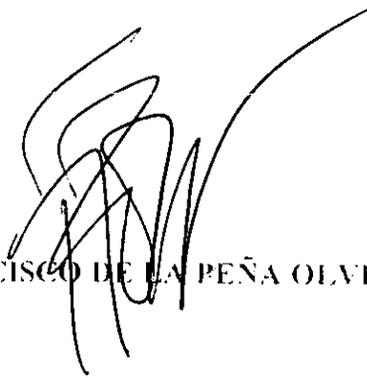
NOMBRE DE TESINA:

"EL COMPORTAMIENTO PSICOMÉTRICO DE LA CÉDULA DE  
DIAGNÓSTICO PARA TRASTORNOS AFECTIVOS Y ESQUIZOFRENIA  
(KIDDIE-SADS) PARA EL TRASTORNO OPOSICIONISTA Y DESAFIANTE EN  
POBLACIÓN ESCOLAR".

ALUMNO: DRA. ANA CLAUDIA VELASCO NOGUEZ

TUTORES

  
DR. FRANCISCO PÁEZ AGRAZ

  
DR. FRANCISCO DE LA PEÑA OLVERA

METODOLOGICO

TEÓRICO

  
SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA

2001

298627

2001

VELASCO NOGUEZ, ANA CLAUDIA



Universidad Nacional  
Autónoma de México

UNAM



## **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 está 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.

## **DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS**

**Por su inmenso amor, cariño y apoyo en  
cada momento, para lograr una meta  
más en mi vida**

**Dedico la presente tesis a:  
Noelia Noguez Velazquez.  
Raúl Velasco Tintor.  
(MIS PADRES)**

**Agradezco sus aportaciones, apoyo  
y consejos para la realización de  
de la presente tesis:**

**Dra. Bertha Vivanco Cedeño.**

**Agradezco a todo el equipo de trabajo  
del servicio de**

**Psiquiatría Comunitaria.**

**Agradezco a todos los jefes de servicio.**

# INDICE

	pagina
<b>I. Introducción.....</b>	<b>2</b>
<b>II. Marco Teórico.....</b>	<b>4</b>
• <b>Antecedentes de la psicopatología.....</b>	<b>5</b>
• <b>Precusores de la psicopatología infantil.....</b>	<b>6</b>
• <b>Normalidad: Una perspectiva de desarrollo.....</b>	<b>8</b>
• <b>Trastorno negativista - desafiante.....</b>	<b>12</b>
• <b>Definición.....</b>	<b>12</b>
• <b>Características diagnósticas.....</b>	<b>13</b>
• <b>Comorbilidad.....</b>	<b>14</b>
• <b>Evaluación.....</b>	<b>15</b>
• <b>Trastornos conductuales en la escuela.....</b>	<b>16</b>
<b>III. Justificación.....</b>	<b>19</b>
<b>IV. Objetivos.....</b>	<b>20</b>
<b>V. Metodología.....</b>	<b>20</b>
• <b>Diseño.....</b>	<b>20</b>
• <b>Sujetos.....</b>	<b>21</b>
• <b>Criterios de selección.....</b>	<b>21</b>
<b>VI. Variables e instrumentos.....</b>	<b>21</b>
<b>VII. Consideraciones éticas.....</b>	<b>25</b>
<b>VIII. Procedimiento.....</b>	<b>26</b>
<b>IX. Resultados.....</b>	<b>28</b>
<b>X. Discusión.....</b>	<b>34</b>
<b>XI. Conclusión.....</b>	<b>37</b>
<b>XII. Biblioheerografía.....</b>	<b>38</b>

## **INTRODUCCION**

**La presente investigación se desarrolla ante las necesidades en el área de la salud mental de crear acciones de prevención y detección oportunas, incluidas en el primer nivel de atención fortaleciendo todas aquellas condiciones y conductas que favorezcan la salud. El aspecto directo de la prevención se torna en medio de un enlace entre la población y los trabajadores de la salud. En este entorno la escuela es un espacio que permite realizar las actividades, dado que por medio de ellas se ofrece una continua información y orientación a los maestros, padres de familia y alumnos.**

**Se sabe de la importancia que tiene el servicio educativo, cuando se incorpora a la comunidad, volviéndose parte de la vida misma, siendo un papel sociabilizador y educativo fundamental el suyo.**

**Es la escuela donde el alumno lleva sus problemas, económicos, de salud, de interacción, de afecto, y su rendimiento escolar lo resiente. Basándose en lo anterior se efectúa un trabajo de orientación a los padres de familia de manera tal que se pueda influir en la familia, tratando de crear un ambiente adecuado para el proceso de aprendizaje.**

**De tal forma que en ésta tarea de prevención es necesario involucrar a las instituciones de educación públicas y privadas, en el trabajo que se realiza en la comunidad, tratando de optimizar los recursos con los que se cuenta, formando el compromiso de realizar actividades de prevención en**

**salud mental, dentro de la comunidad y propiciar la conformación de una salud integral con la participación de la sociedad.**

## **MARCO TEORICO**

**Las necesidades en el área de la salud mental y en la de los aspectos psicosociales de la salud en general, han sido estimadas como abrumadoras y de gran magnitud en toda América Latina, incluyendo a México.**

**La Ley General de Salud de nuestro país le ha dado gran importancia a la salud mental como área prioritaria, junto con la planificación familiar y la atención materno infantil considerándola como un servicio básico y señalando la necesidad de lograr la participación de la comunidad en el cuidado de la salud(4).**

**En la última década, el estudio de la epidemiología psiquiátrica en la infancia ha cobrado importancia y con ella el estudio de los factores que influyen en la aparición de los trastornos. Entre las condiciones asociadas con la presencia de patologías, han destacado: la disfunción familiar, el alcoholismo y la presencia de trastornos depresivos en familiares de primer grado(5).**

**La noción de psicopatología, tomada en el sentido del mecanismo de producción de los síntomas, ya sea en la infancia o en la adolescencia, está ligada a una concepción implícita o explícita del desarrollo infantil que considera al niño como un ente dependiente de la familia y de la sociedad. El desarrollo infantil no puede concebirse sin que exista un "modelo" de adulto del cual el niño es el proyecto. Este "modelo" está**

determinado por cada cultura, y es transmitido por la comunidad mediante el proceso de la educación, pero la educación no es posible sin que se ofrezca al individuo una imagen del hombre tal cual debe ser. (27)

#### **ANTECEDENTES DE LA PSICOPATOLOGIA.**

Desde la época clásica, existía en Grecia la preocupación por la enseñanza de las ciencias desde temprana edad, Platón sugiere “no usar la violencia en la educación de los niños y utilizar métodos por los cuales el niño se instruya como jugando, con lo cual se podrán discernir mejor las disposiciones naturales de cada uno”.

Hay aquí una noción implícita de la interrelación entre la cultura y el individuo y de la manera en que la educación no violenta puede grabar mejor las experiencias psíquicas. La forma de educar al niño plantea implícitamente lo que debe evitarse (la violencia), de lo cual puede inferirse la existencia de una preocupación por la manera en que la educación puede producir resultados adversos en el niño. En ésta época aún se está lejos de un proyecto de desarrollo infantil, sin embargo, se presenta un antecedente histórico de la cultura occidental, importante para las teorías posteriores sobre el niño y su desarrollo.

Por lo que hace a las explicaciones “psicopatológicas” de las enfermedades mentales, la referencia al niño es bastante ocasional, si acaso para señalar la rareza de su presentación, como ocurre para la “manía”, la “locura” o el “furor”, que según recuerda Platón puede ser de

determinado por cada cultura, y es transmitido por la comunidad mediante el proceso de la educación, pero la educación no es posible sin que se ofrezca al individuo una imagen del hombre tal cual debe ser. (27)

#### **ANTECEDENTES DE LA PSICOPATOLOGIA.**

Desde la época clásica, existía en Grecia la preocupación por la enseñanza de las ciencias desde temprana edad, Platón sugiere “no usar la violencia en la educación de los niños y utilizar métodos por los cuales el niño se instruya como jugando, con lo cual se podrán discernir mejor las disposiciones naturales de cada uno”.

Hay aquí una noción implícita de la interrelación entre la cultura y el individuo y de la manera en que la educación no violenta puede grabar mejor las experiencias psíquicas. La forma de educar al niño plantea implícitamente lo que debe evitarse (la violencia), de lo cual puede inferirse la existencia de una preocupación por la manera en que la educación puede producir resultados adversos en el niño. En esta época aún se está lejos de un proyecto de desarrollo infantil, sin embargo, se presenta un antecedente histórico de la cultura occidental, importante para las teorías posteriores sobre el niño y su desarrollo.

Por lo que hace a las explicaciones “psicopatológicas” de las enfermedades mentales, la referencia al niño es bastante ocasional, si acaso para señalar la rareza de su presentación, como ocurre para la “manía”, la “locura” o el “furor”, que según recuerda Platón puede ser de

dos clases: "una de origen divino y otra que se debe a fatigas corporales" y que según Sorano de Efeso, se observa más frecuentemente en hombres jóvenes y, con menor frecuencia, en niños y mujeres.

De la misma manera Hipócrates dio más énfasis al aspecto fisiológico y anatómico de las enfermedades mentales, sus explicaciones muestran la influencia de las nociones filosóficas propias de la época, sin hacer mención de los aspectos psicopatológicos de la infancia.

Los antecedentes más cercanos a los conceptos actuales sobre psicopatología y los referentes a las actitudes de los grupos sociales hacia la enfermedad mental, se sitúan al final de la Edad Media. Cabe recordar que las nociones psicopatológicas están influidas por la ideología y los valores culturales de cada época histórica, lo que influye en la idea que una sociedad se hace de la enfermedad mental (con sus aspectos científicos, médicos y religiosos, pero también con sus prejuicios, dogmas, rechazos y condenas).

#### **PRECURSORES DE LA PSICOPATOLOGIA INFANTIL.**

La Psiquiatría, hasta fines del siglo XIX, no contaba con una psicopatología que propusiera teorías adecuadas para explicar los síntomas de trastorno mental en los niños; una de las disciplinas que ha contribuido es la pedagogía; sólo por mencionar algunos pedagogos: J. H. Pestalozzi (1746-1827) es considerado el padre de la educación intuitiva y fundó en Suiza un instituto pedagógico.

dos clases: "una de origen divino y otra que se debe a fatigas corporales" y que según Sorano de Efeso, se observa más frecuentemente en hombres jóvenes y, con menor frecuencia, en niños y mujeres.

De la misma manera Hipócrates dio más énfasis al aspecto fisiológico y anatómico de las enfermedades mentales, sus explicaciones muestran la influencia de las nociones filosóficas propias de la época, sin hacer mención de los aspectos psicopatológicos de la infancia.

Los antecedentes más cercanos a los conceptos actuales sobre psicopatología y los referentes a las actitudes de los grupos sociales hacia la enfermedad mental, se sitúan al final de la Edad Media. Cabe recordar que las nociones psicopatológicas están influidas por la ideología y los valores culturales de cada época histórica, lo que influye en la idea que una sociedad se hace de la enfermedad mental (con sus aspectos científicos, médicos y religiosos, pero también con sus prejuicios, dogmas, rechazos y condenas).

#### **PRECURSORES DE LA PSICOPATOLOGIA INFANTIL.**

La Psiquiatría, hasta fines del siglo XIX, no contaba con una psicopatología que propusiera teorías adecuadas para explicar los síntomas de trastorno mental en los niños; una de las disciplinas que ha contribuido es la pedagogía; sólo por mencionar algunos pedagogos: J. H. Pestalozzi (1746-1827) es considerado el padre de la educación intuitiva y fundó en Suiza un instituto pedagógico.

**Federico Froebel(1782-1852), creó el "Instituto General Alemán de Educación" donde aplicó su método de enseñanza que consideraba al niño como una planta y a la escuela como un jardín. Creó el término kindergarten e introdujo el juego.**

**Eduard Seguin(1818-1880) su método consistía en el desarrollo sensorial y motriz de niños mentalmente retardados.**

**Algunos otros como María Montessori método del poder autoeducativo del niño, Bourneville y Jonh Dewey se interesó en la reforma escolar.**

**Otra área del conocimiento, que ha influido en el avance de la psicopatología infantil, es la psicología, plantea teorías acerca de la evolución y el desarrollo del individuo.**

**Por mencionar algunos como Alfred Binet, Gesell, Piaget y Wallon; en el psicoanálisis Anna Freud, Melanie Klein, Margaret Mahler, René Spitz, Jonh Bowlby y Winnicot, entre otros. En el siglo XX, Tom abrió la primera Child Guidance Clinic en Boston, si a esto agregamos el establecimiento de Cortes Juveniles en Australia y en Denver.**

**Leo Kanner en 1943 publicó el artículo Autistic disturbance of affective contact, y en 1944, Early infantile autism, donde se señalan por primera vez las características de un trastorno específico del desarrollo.**

**Al mismo tiempo se han ido desarrollando las clínicas de la conducta, los hospitales psiquiátricos infantiles y las instituciones para niños, el psiquiatra infantil ha encontrado un campo de acción propio y ha puesto**

en práctica las teorías, terapias y sistemas de trabajo propias de una ciencia.

En la segunda mitad del siglo XX, la psicopatología infantil ha evolucionado hacia la adquisición de conceptos que incluyen los síntomas de trastorno mental infantil en su interacción con el medio ambiente familiar y social como parte de un enfoque que considera al niño como un organismo en desarrollo.(27)

### **NORMALIDAD: UNA PERSPECTIVA DE DESARROLLO**

Antes de referirnos a la patología del comportamiento en el niño hay que mencionar a la normalidad evaluando ésta desde una perspectiva de desarrollo, dicha evaluación requiere que se tomen en consideración los desajustes normales así como las conductas clínicamente desviadas.

En el niño es complejo el problema de la normalidad o la enfermedad, ya que al ser un ente en desarrollo, es movable en la organización de sus estructuras morfológicas y funcionales y lábil en la manifestación de su conducta.

Aun cuando no hay ninguna definición aceptable de la normalidad, existen ciertos aspectos que se deberían de incluir, como el nivel de desarrollo del niño, ya que lo que se considera normal a cierta edad puede verse como anormal en una época posterior; por ejemplo la agresividad física o el mordisquear las alfombras. El sexo del niño es otro factor que influye con respecto a lo apropiado de la conducta.

en práctica las teorías, terapias y sistemas de trabajo propias de una ciencia.

En la segunda mitad del siglo XX, la psicopatología infantil ha evolucionado hacia la adquisición de conceptos que incluyen los síntomas de trastorno mental infantil en su interacción con el medio ambiente familiar y social como parte de un enfoque que considera al niño como un organismo en desarrollo.(27)

#### **NORMALIDAD: UNA PERSPECTIVA DE DESARROLLO**

Antes de referirnos a la patología del comportamiento en el niño hay que mencionar a la normalidad evaluando ésta desde una perspectiva de desarrollo, dicha evaluación requiere que se tomen en consideración los desajustes normales así como las conductas clínicamente desviadas.

En el niño es complejo el problema de la normalidad o la enfermedad, ya que al ser un ente en desarrollo, es movable en la organización de sus estructuras morfológicas y funcionales y lábil en la manifestación de su conducta.

Aun cuando no hay ninguna definición aceptable de la normalidad, existen ciertos aspectos que se deberían de incluir, como el nivel de desarrollo del niño, ya que lo que se considera normal a cierta edad puede verse como anormal en una época posterior; por ejemplo la agresividad física o el mordisquear las alfombras. El sexo del niño es otro factor que influye con respecto a lo apropiado de la conducta.

**También se debe tomar en consideración la cultura del niño, ya que los juicios relativos de la conveniencia de una conducta específica varían de un grupo a otro y de un ambiente a otro (por ejemplo el barrio en contraposición de la escuela).**

**El desarrollo de la docilidad en los niños pequeños constituye un importante aspecto de la socialización. Piaget define la médula esencial de la moralidad como la tendencia a aceptar y seguir un sistema de normas que regula la conducta interpersonal. La especie humana tiene como principal mecanismo de regulación social un sistema de reglas, valores y convenciones conceptualmente formulado. Estas normas de conducta, varían ampliamente de una cultura y otra.**

**INFANCIA: Los primeros signos de obediencia inician unos tres meses antes de que culmine el primer año de vida del bebé. Consiste en mostrarse dócil ante ordenes y prohibiciones sencillas de la madre como “¡ Ven aquí!” o “¡No hagas eso!”. Con esto el niño se ha embarcado en un largo viaje de aprendizaje de normas.**

**Por una parte, existen las normas convencionales de buenos modales y conducta correcta respecto de personas y situaciones particulares. Por la otra, existen normas respecto de la simpatía y el respeto por los demás, la fidelidad, la honestidad, etc...**

**La disponibilidad no sólo ha obedecer, sino a comprender la necesidad de las normas morales es indispensable para el mantenimiento de la vida social. Cuando el niño crece, no tardan en aparecer los problemas de**

**desobediencia. Suelen consistir en actos de rebelión voluntarios, una deliberada oposición a la voluntad de la madre.**

**El negativismo constituye una forma exagerada de resistencia que se da cuando el niño adopta una actitud terca y caprichosa, haciendo a menudo lo contrario de lo que los padres desean. Por ejemplo, a los dos años el niño se niega hacer lo que se le dice, quiere hacer las cosas por sí mismo y la palabra que utiliza con mayor frecuencia es "No". Las relaciones interpersonales del niño son predominantemente explotadoras y dependientes. Al final de la infancia hay una fase de transición comienzan los niños a exigir un autocontrol, donde los padres se vuelven algo menos tolerantes.**

**PREESCOLAR:** Esta etapa de transición se caracteriza por la manifestación de una conducta "conflictiva", a menudo ostenta una conducta opositora y agresiva a la vez, si los padres o maestros reprimen al niño suele, éste reaccionar con rabietas y agresión. La conducta opositora en los más pequeños no siempre tiene un aspecto hostil, pero como otras personas de su medio, especialmente quien lo tiene su cargo (de ordinario la madre), comienzan a restringir esta conducta negativa, la hostilidad se dirige contra ellas. En el seno de una familia estable, la mayor parte de las ocasiones manejan estos arranques sin recurrir al consejo profesional. Se le considera que son períodos de crisis transitorios que los niños atraviesan mientras crecen.

**ESCOLAR:** En la edad en que suele terminar el período preescolar, los niños inician una etapa de "conformista".

Las normas están parcialmente internalizadas, los niños las obedecen por que son normas y la principal sanción por la transgresión es la vergüenza.

Piaget (1932) demuestra cómo la lógica del razonamiento moral del niño cambia radicalmente desde los cuatro años a la adolescencia. Durante las primeras etapas del desarrollo moral, las normas se perciben como absolutas, incuestionables y sagradas. De los siete años en adelante el niño experimenta cada vez con mayor frecuencia relaciones que exigen respeto mutuo; relaciones entre gente de igual condición.

De este modo conoce a otros niños que no siempre comparten sus perspectivas. A los diez años el niño percibe que las normas pueden alterarse si se llega a un acuerdo. Piaget considera que la comprensión madura de las normas se acompaña de la capacidad de seguirlas. Para el niño de diez años la moralidad es todavía una cuestión de obediencia, pero va concibiéndola cada vez más como algo relacionado con la cooperación y el acuerdo. Con el comienzo de la adolescencia el joven entra en la fase final del desarrollo moral; la moralidad se concibe entonces como una cuestión de principios individuales. (6)

## **TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE**

**Un trastorno del comportamiento es la causa más frecuente por la que un niño o adolescente es remitido a un servicio de salud mental. De hecho, los trastornos del comportamiento en los niños han adquirido una importancia de tal magnitud que es difícil escuchar en la radio un informativo o leer una revista en que no se haga referencia a los problemas de conducta. La mayor parte de los niños con una alteración del comportamiento no llegan a presentar un trastorno negativista desafiante o un trastorno del comportamiento o un trastorno disocial formal, pero en los casos en que esto se produce, los resultados pueden constituir un verdadero reto para los médicos, los padres y los maestros(21).**

### **DEFINICION:**

**La conducta de oposición o negativista se refiere a la tendencia relativamente difundida y general de los niños a negarse a obedecer la mayor parte de las ordenes o, de hecho, a hacer lo contrario de lo que se les solicita.(2), (31).**

**No se la debe confundir con rehusarse a obedecer unos pocos requerimientos específicos, lo cual después de todo, bien podría ser un acto legítimo de afirmación de la integridad personal. La adopción de**

**una conducta gravemente desobediente se acompaña a menudo de la manifestación de rabietas y agresión.**

**Si los padres o maestros reprimen al niño, se produce un despliegue de hostilidad que resulta altamente coercitivo.**

### **CARACTERISTICAS DIAGNOSTICAS**

**El trastorno se caracteriza por un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente, y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante seis meses y se caracteriza por frecuente aparición de por lo menos 4 de los siguientes comportamientos: accesos de cólera, discusiones con adultos, desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos, llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas, acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento, sentirse fácilmente moleestado por otros, mostrarse iracundo y resentido o ser rencoroso o vengativo. (20)**

**Es característico que los síntomas del trastorno negativista desafiante aparezcan por primera vez en la edad preescolar, cuando las conductas observadas pueden ser normales.**

**Las rabietas, la oposición a la autoridad y el comportamiento destructivo son frecuentes durante este período del desarrollo; sin embargo en la mayoría de los niños las conductas destructivas, de pelea y desafiantes disminuyen transcurrida la etapa preescolar. (27)**

**una conducta gravemente desobediente se acompaña a menudo de la manifestación de rabietas y agresión.**

**Si los padres o maestros reprimen al niño, se produce un despliegue de hostilidad que resulta altamente coercitivo.**

### **CARACTERISTICAS DIAGNOSTICAS**

**El trastorno se caracteriza por un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente, y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante seis meses y se caracteriza por frecuente aparición de por lo menos 4 de los siguientes comportamientos: accesos de cólera, discusiones con adultos, desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos, llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas, acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento, sentirse fácilmente moleestado por otros, mostrarse iracundo y resentido o ser rencoroso o vengativo. (20)**

**Es característico que los síntomas del trastorno negativista desafiante aparezcan por primera vez en la edad preescolar, cuando las conductas observadas pueden ser normales.**

**Las rabietas, la oposición a la autoridad y el comportamiento destructivo son frecuentes durante este período del desarrollo; sin embargo en la mayoría de los niños las conductas destructivas, de pelea y desafiantes disminuyen transcurrida la etapa preescolar. (27)**

**El trastorno es más prevalente en varones que en mujeres antes de la pubertad, pero las tasas han llegado a igualarse, incluso al llegar a la adolescencia, el trastorno tiene una prevalencia más alta en las niñas.**

### **COMORBILIDAD**

**El trastorno negativista desafiante se asocia a menudo a numerosos trastornos acompañantes como Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno de conducta. (6) Recientemente se ha encontrado, cultural y regionalmente en muestras epidemiológicas y clínicas, una alta asociación entre los trastornos ya mencionados.**

**Los estudios epidemiológicos del TND y TC indican que entre un 77-84% de los jóvenes que presentan un trastorno de conducta han sufrido anteriormente un TND. En cambio, un 75% de los varones que presenta un trastorno negativista puro no evolucionan hacia un trastorno de conducta, lo que indica que al menos en algunos casos, el TND predice una conducta disocial posterior o constituye un componente intrínseco del trastorno de conducta. (2)**

**Existen también los trastornos interiorizados que se observan con frecuencia en niños con trastorno negativista y desafiante y son trastorno por ansiedad de separación, el trastorno por ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor.**

**El trastorno es más prevalente en varones que en mujeres antes de la pubertad, pero las tasas han llegado a igualarse, incluso al llegar a la adolescencia, el trastorno tiene una prevalencia más alta en las niñas.**

### **COMORBILIDAD**

**El trastorno negativista desafiante se asocia a menudo a numerosos trastornos acompañantes como Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno de conducta. (6) Recientemente se ha encontrado, cultural y regionalmente en muestras epidemiológicas y clínicas, una alta asociación entre los trastornos ya mencionados.**

**Los estudios epidemiológicos del TND y TC indican que entre un 77-84% de los jóvenes que presentan un trastorno de conducta han sufrido anteriormente un TND. En cambio, un 75% de los varones que presenta un trastorno negativista puro no evolucionan hacia un trastorno de conducta, lo que indica que al menos en algunos casos, el TND predice una conducta disocial posterior o constituye un componente intrínseco del trastorno de conducta. (2)**

**Existen también los trastornos interiorizados que se observan con frecuencia en niños con trastorno negativista y desafiante y son trastorno por ansiedad de separación, el trastorno por ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor.**

## **EVALUACION**

**La evaluación de un niño con una alteración en la conducta debe ser completa, requiere que el especialista conozca al niño, su familia, la escuela y el contexto social donde se desenvuelve. Iniciar con una historia clínica detallada por los padres, en el contexto de la evolución del niño, empezando por el embarazo de la madre, problemas como el consumo de alcohol y drogas o el sufrimiento fetal, las dificultades durante la primera infancia. Las conductas extremas de desafío en la edad preescolar y la edad de inicio del comportamiento problemático.**

**Esencial obtener los antecedentes escolares, si es posible hablar directamente con el tutor del niño para obtener una información más objetiva.**

**Existen cuestionarios sobre conducta como Achenbach Child Behavior Checklist (CBCL) o la Conners Teacher Rating Scale.**

**De las más recientes entrevistas de uso clínico como epidemiológico, se tienen, aquellas que son altamente estructuradas, el Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC), que requiere un curso de tres días en personas familiarizadas con el mismo.**

**Dentro de las entrevistas semiestructuradas, el Interview Schedule for Children (ISC), el Kiddie Schedule for Affective Disorders (K-SADAS-E) y Children and Adolescents Psychiatric Assessment (CAPA). (19) ,(26).**

**El K -SADS-PL es una entrevista diagnóstica semiestructurada diseñada para evaluar episodios actuales y pasados de psicopatología en niños y adolescentes de acuerdo con los criterios del DSM III-R y DSM IV. Los diagnósticos principales que se evalúan incluyen a: depresión mayor, distimia, manía, hipomanía, ciclotimia, bipolar, esquizoafectivo, esquizofrenia, esquizofreniforme, psicosis reactiva breve, pánico, agorafobia, ansiedad de separación, evitativo de la infancia y adolescencia, fobia simple y fobia social, ansiedad excesiva, ansiedad generalizada, obsesivo compulsivo, déficit de atención, desafiante oposicionista, enuresis, encopresis, anorexia nervosa, bulimia, tics transitorios, tics motores o vocales crónicos, abuso de alcohol y, abuso de sustancias, estrés postraumático y trastorno de ajuste (adaptativos).**

### **TRASTORNOS CONDUCTUALES EN LA ESCUELA**

**Uno de los aspectos importantes de la salud mental en las aulas, de interés para los maestros, se centra en el problema de la disciplina en las aulas. Todos los días se le presentan ocasiones a un maestro en las que debe interferir en la conducta de sus alumnos, para salvaguardar la seguridad física y psicológica de los estudiantes. (6)**

**La escuela suele ser una fuente frustrante de fracasos para los niños con trastorno de conducta. No son apreciados por los maestros ni por los compañeros y no obtiene buenos resultados académicos. Es importante**

que el médico se asegure de que los niños con éste tipo de trastorno se encuentren en el entorno académico apropiado. En la actualidad los maestros se interesan por los asuntos de disciplina en las aulas; ya que en el pasado prevalecía la norma "no intervención", y cada vez es más evidente que los maestros que logran manejar la conducta de los niños sin patología, tienen un éxito relativo con los niños que tiene trastornos emocionales.

Algunos maestros, al considerar que no tiene la responsabilidad de ocuparse de los niños con trastornos, se lavan las manos en lo que se refiere sobre todo al tema disciplinario.

Bower sostiene que, en la clase promedio, por lo menos hay tres niños a los que se puede considerar con deficiencias emocionales. Por ende, aun cuando algunos maestros preferirían no ocuparse de las conductas problemáticas, no es posible que puedan dejar de hacerlo. En lugar de reducir el papel del maestro con relación a la salud mental de los niños, debe haber mayor participación de los maestros.

La expansión del papel de los maestros se ha derivado en gran parte de factores como:

La escasez de trabajadores de la salud mental infantil impulso a que fuera obligatoria la expansión de las fuerzas de la salud mental para incluir al personal escolar; aun cuando no se ha delineado el papel que tienen que desempeñar los maestros a ese respecto, Fritz Redl, señala la necesidad de que haya más profesionales de la salud mental para complementar a

**los equipos clínicos tradicionales y, b) La existencia de modelos clínicos inadecuados para enfrentar las variedades de los trastornos de los niños, que han llevado al abandono de los tratamientos; por lo tanto condujo al desarrollo de la psiquiatría comunitaria y ésta a su vez a una nueva perspectiva sobre la higiene mental escolar.**

## **JUSTIFICACION**

**La psicopatología infantil se ha convertido en los últimos años en unos de los campos de la Psiquiatría más estudiados. El relativo retraso de la subespecialidad con respecto a la Psiquiatría de adultos se debió principalmente a la limitación en la disponibilidad de instrumentos de investigación confiables. El kiddie SADS es sin duda el instrumento para ser utilizado por clínicos entrenados en esta, siendo utilizado más frecuentemente en el diagnóstico de trastornos mentales infantiles.**

**La utilización de entrevistas semiestructuradas para el desarrollo de investigaciones dentro del área clínica en paidopsiquiatría ha sido una de las líneas de investigación con más desarrollo dentro de las últimas dos décadas.**

**El trastorno oposicionista y desafiante es una entidad clínica de inicio en la infancia y en general no más tarde del inicio de la adolescencia, que asume varias formas; en el aula puede que el niño desafíe al maestro, se rehuse a trabajar, se levante de su asiento a voluntad, abandone el aula, hable en voz alta con su vecino o lo moleste. En el hogar puede que la imposibilidad de controlar al hijo ocasione conflictos familiares.**

**Dada la incidencia de este trastorno y sus repercusiones en el ámbito individual, familiar y social, se justifican investigaciones, y así también dar origen al desarrollo comunitario de la psiquiatría para que encamine sus acciones a la prevención primaria, tratando de construir a través de**

**diversas acciones y la aplicación de instrumentos de investigación, la sensibilización de la sociedad.**

### **OBJETIVO GENERAL**

- 1. Describir la frecuencia del trastorno oposicionista y desafiante en una muestra de escolares.**

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1. Establecer la concordancia entre el Kiddie Schedule for affective Disorders (K-SADS) y el Report Questionnaire for Children (RQC).**
- 2. Describir las características clínicas de los niños con trastornos de la conducta.**

### **TIPO DE ESTUDIO**

**De escrutinio, transversal, clínico y de tipo prospectivo.**

### **METODOLOGIA**

#### **A) DISEÑO**

**Se propuso la realización de un estudio de observación transversal en dos etapas. En la primera se aplicó un instrumento de tamizaje, el RQC, para trastornos mentales y en la segunda la entrevista para confirmar diagnósticos, el Kiddie SADS- PL.**

## **B) SUJETOS**

Se propuso una muestra tipo censo de todos los niños inscritos en el Colegio Enrique C. Rebsamen ubicado en la delegación Tlalpan al sur de la Ciudad de México.

## **C) CRITERIOS DE SELECCION**

- Que los niños estén inscritos y de cualquier sexo.
- Que el padre o tutor acepte participar en el proyecto.

## **VARIABLES E INSTRUMENTOS**

### **TAMIZAJE: RQC**

El cuestionario de reporte para niños (RQC= Reporting Questionnaire for Children) es un instrumento autoaplicable elaborado para que lo contesten los padres o adultos que tengan una relación importante con el menor. Su diseño permite emplearlo en los estudios epidemiológicos de la comunidad con la finalidad de detectar los problemas mentales, emocionales o conductuales relacionados con los padecimientos psiquiátricos de los niños. El cuestionario, integrado por diez reactivos, fue elaborado por un programa colaborativo de la OMS países en desarrollo (Colombia, India, Sudán y Filipinas), en población infantil asistente a un primer nivel de atención médica. Para el estudio de validez, se utilizó como criterio externo el juicio de médicos con entrenamiento en psiquiatría infantil, apoyándose con los criterios diagnósticos propuestos

por Rutter. Posteriormente fue validado y estandarizado para la población urbana de la Ciudad de México, en donde se determinó que con un punto de cohorte de 0/1 se obtiene una alta sensibilidad (87.2%) y una buena especificidad (73.9%), pero con una tasa errónea moderada, la cual mejoró al modificar la puntuación de corte a 2 reactivos positivos para considerar a alguien como "caso". Al incrementar el corte a 3, la posibilidad de falsos negativos llegaba prácticamente a "0", lo cual fue bastante útil para enviar los "casos" a centros de salud, disminuyendo así la saturación de los servicios médicos.

Los estudios de 1988 muestran que, de acuerdo con la frecuencia de respuestas positivas en el RQC, de los menores de edad escolar, los aspectos conductuales de mayor prevalencia fueron: miedos - nerviosismo, lentitud para aprender y lenguaje anormal.

Se observó un predominio significativo de trastornos por déficit de atención, trastornos de la conducta y lentitud en el aprendizaje especialmente en los varones de 9 a 12 años.

En 1993, Caraveo reportó que entre los menores de edad escolar hay una proporción similar en la mayoría de los aspectos investigados por el RQC, aunque se observan algunas diferencias en los ataques convulsivos, mismos que se elevan entre los 10 y 12 años. Así mismo conforme aumenta la edad roban más y se fugan más de su casa. También resalto un ligero incremento en la frecuencia de los reactivos "lentitud para

aprender" y "enuresis" entre los niños de 10 y 12 años en comparación entre los 7 y 8 años.

Las diez preguntas que integran el cuestionario están seleccionadas basándose en la bibliografía internacional, formuladas de manera sencilla, fáciles de contestar y que permiten reconocer conductas o experiencias anormales en los niños.

#### **DIAGNOSTICO: KIDDIE - SADS - PL**

El K - SADS surgió durante los primeros años de la década de los ochenta, después de que se publicarán los resultados del estudio del Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia(SADS) (Endicott y Spitzer, 1978) en adultos. Existen dos versiones del K-SADS que incorporan los datos en el momento actual y a lo largo de la vida; sin embargo, la más reciente investigación clinimétrica de este instrumento combina ambas, generando el K-SADS-PL(Kaufman y cols.,1983). Cuenta con una versión para niños/adolescentes y otra para padres; cuando se aplica con niños se comienza con los padres, cuando se entrevista a adolescentes se inicia con éstos; cuando existen discrepancias en la información se reúnen al hijo y al padre para que busquen acuerdo; cuando no logran el acuerdo, el clínico toma la decisión(17). El tiempo que tarda en aplicarse es de 90 a 120 minutos.

La entrevista está diseñada para ser aplicada por un entrevistador altamente calificado y familiarizado con el DSM. El clínico tiene bastante

aprender" y "enuresis" entre los niños de 10 y 12 años en comparación entre los 7 y 8 años.

Las diez preguntas que integran el cuestionario están seleccionadas basándose en la bibliografía internacional, formuladas de manera sencilla, fáciles de contestar y que permiten reconocer conductas o experiencias anormales en los niños.

#### **DIAGNOSTICO: KIDDIE - SADS - PL**

El K - SADS surgió durante los primeros años de la década de los ochenta, después de que se publicaran los resultados del estudio del Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia(SADS) (Endicott y Spitzer, 1978) en adultos. Existen dos versiones del K-SADS que incorporan los datos en el momento actual y a lo largo de la vida; sin embargo, la más reciente investigación clinimétrica de este instrumento combina ambas, generando el K-SADS-PL(Kaufman y cols.,1983). Cuenta con una versión para niños/adolescentes y otra para padres; cuando se aplica con niños se comienza con los padres, cuando se entrevista a adolescentes se inicia con éstos; cuando existen discrepancias en la información se reúnen al hijo y al padre para que busquen acuerdo; cuando no logran el acuerdo, el clínico toma la decisión(17). El tiempo que tarda en aplicarse es de 90 a 120 minutos.

La entrevista está diseñada para ser aplicada por un entrevistador altamente calificado y familiarizado con el DSM. El clínico tiene bastante

**laxitud para adecuar las preguntas al entrevistado y la secuencia de la entrevista. En su tercera edición, el SADS tiene 200 reactivos en un protocolo de 78 páginas. Tiene 8 subescalas de resumen sobre grupos sintomáticos. Además cuenta con diferentes áreas que deben administrarse para completar su aplicación:**

- 1. Una introducción no estructurada de la entrevista.**
- 2. Una entrevista diagnóstica de sondeo.**
- 3. El llenado del listado suplementario.**
- 4. Los suplementos diagnósticos apropiados (trastornos afectivos, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta y abusos de sustancias y otros trastornos).**
- 5. El resumen del listado diagnóstico a lo largo de la vida y**
- 6. La evaluación con el Children's Global Assessment Scale (C- GAS).**

**El entrevistador que establece los diagnósticos; no cuenta con algoritmos computarizados. Esta entrevista es el instrumento diagnóstico clínico más utilizado para la identificación de padecimientos específicos (Gammon y cols.) y en investigaciones farmacológicas (Kye y cols.). Desde el punto de vista psicométrico, el SADS tiene una mediana de coeficiente de correlación intraclase de 0.83 (rango 0.49 a 0.93) para las 8 escalas de resumen. La kappa promedio para la concordancia entre evaluadores es de 0.82 (rango 0.65 a 1.0) en la versión del episodio actual, y de 0.70 (rango 0.40 a 0.95) en la versión de toda la vida. En cuanto a la consistencia**

**interna promedio para las 8 subescalas de resumen, el valor de alfa de Cronbach es de 0.42 (0.12 a 0.91) (26).**

**El Kiddie - SADS - PL contiene 3 preguntas específicas en relación con el trastorno oposicionista y desafiante(páginas 46 y 47), las cuales investigan sintomatología en el pasado y actual. Si alguna de ellas califica con 3, se aplica el suplemento 4 el cual corresponde a trastornos conductuales y consta de 10 preguntas.**

#### **CONSIDERACIONES ETICAS:**

**El estudio no tiene riesgo de causar patología física o mental, por lo que no hubo contraindicaciones éticas. Al detectarse cualquier psicopatología se realizo referencia a instituciones de atención infantil o afín.**

**interna promedio para las 8 subescalas de resumen, el valor de alfa de Cronbach es de 0.42 (0.12 a 0.91) (26).**

**El Kiddie - SADS - PL contiene 3 preguntas específicas en relación con el trastorno oposicionista y desafiante(páginas 46 y 47), las cuales investigan sintomatología en el pasado y actual. Si alguna de ellas califica con 3, se aplica el suplemento 4 el cual corresponde a trastornos conductuales y consta de 10 preguntas.**

#### **CONSIDERACIONES ETICAS:**

**El estudio no tiene riesgo de causar patología física o mental, por lo que no hubo contraindicaciones éticas. Al detectarse cualquier psicopatología se realizo referencia a instituciones de atención infantil o afín.**

## **PROCEDIMIENTO:**

- 1. Se realizaron previamente entrevistas con directivos de la institución para obtener la autorización necesaria para la realización del presente estudio en la Escuela primaria "Enrique Rebsamen".**
- 2. Se realizaron reuniones informativas con profesores, padres de familia y alumnos sobre las características del estudio, objetivos y descripción general de cada uno de los reactivos que integran el instrumento de tamizaje (RQC), especificando en cada uno de ellos los problemas de salud mental más significativos, características clínicas más importantes y antecedentes asociados, para su sensibilización.**
- 3. Se fijaron fechas para la aplicación del instrumento(RQC), con directivos y profesores, las cuales coincidieron con la firma de boletas. Se dio inicio con grupos de sexto y se finalizó con primer grado. Programando un grupo por día para la aplicación de cuestionarios a padres de familia, logrando su aplicación en todos los grupos en un periodo de 20 días. Dicha aplicación se realizó directamente a los padres sin presencia de los niños.**
- 4. Se procedió a la calificación del instrumento para detectar los posibles casos con trastorno mental. Aquellos que calificaran con dos o más reactivos positivos fueron candidatos para continuar con**

la segunda etapa, esto es, la aplicación de la entrevista semiestructurada (K-SADS-PL).

5. Se realizo reunión informativa con los directivos, maestros y padres de familia(de los niños candidatos para la aplicación de la entrevista), para describir las características del instrumento.
6. Se programan fechas para la aplicación de Kiddie SADS- PL. El mismo día se aplico la entrevista a los padres y a los niños. Se inicio con los grupos de sexto y finalizo con primer grado. Se cita por día a dos padres de familia.
7. Si en el apartado de trastorno oposicionista y desafiante califica con tres es candidato para la aplicación del suplemento 4.
8. Se procede a calificar la entrevista y se realizan las referencias oportunas para todo aquel caso que lo requiriera a instituciones correspondientes, concluyendo en el mes de septiembre.
9. Análisis de datos: Se procedió a la descripción de variables continuas con medias y desviaciones estándar, y discretas con frecuencias y porcentajes. Posteriormente se utilizo la chi cuadrada y se determinaron riesgos con razón de momios e intervalos de confianza de 95%.

## RESULTADOS

Se aplico el R.Q.C a los padres de familia de la población escolar de 280 alumnos, calificando un total de 57 niños con probables trastornos mentales. Con una distribución de 59.6% para el sexo masculino y de 40.4% para el femenino. Quienes fueron candidatos para la aplicación del Kiddie SADS, obteniendo un total de 10 niños con el diagnóstico de trastorno oposicionista y desafiante. El análisis descriptivo estratificado en el instrumento del K-SADS en relación con el sexo y trastorno oposicionista desafiante corresponde a 23.5% para el masculino y 8.7% para el femenino. Tabla 1

**Tabla 1 Porcentaje de Trastorno oposicionista y desafiante por sexo.**

SEXO	TRASTORNO OPOSICIONISTA Y DESAFIANTE	
	POSITIVO	NEGATIVO
MASCULINO	23.5%	76.5%
FEMENINO	8.7%	91.3%

En lo que respecta a complicaciones durante el embarazo asociado al desarrollo posterior de un trastorno oposicionista y desafiante, que nos sugiriera un origen orgánico. Aquellos con el trastorno y la asociación de complicaciones durante el embarazo corresponde a un 21.4% y 14.8% sin presencia de complicaciones. Tabla 2

**Tabla 2 Porcentaje relacionado de complicaciones durante el embarazo y el trastorno opocionista y desafiante.**

<b>EMBARAZO</b>	<b>TRASTORNO OPOSICIONISTA Y</b>	
	<b>DESAFIANTE</b>	
	<b>POSITIVO</b>	<b>NEGATIVO</b>
<b>COMPLICACIONES</b>	<b>21.4%</b>	<b>78.6%</b>
<b>SIN COMPLICACIONES</b>	<b>14.8%</b>	<b>85.2%</b>

**En un comparativo acerca del uso de drogas por parte de la madre durante el embarazo contra el trastorno opocionista y desafiante se observa que un 50% de éste tuvo antecedente de uso. Tabla 3**

**Tabla 3 Porcentaje de uso de drogas durante el embarazo relacionado con el Trastorno opocionista y desafiante.**

<b>DROGAS EN EL EMBARAZO.</b>	<b>TRASTORNO OPOSICIONISTA Y</b>	
	<b>DESAFIANTE</b>	
	<b>POSITIVO</b>	<b>NEGATIVO</b>
<b>USO DE DROGAS</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>
<b>NO DROGAS</b>	<b>15.7%</b>	<b>84.3%</b>
<b>DESCONOCE</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>

En cuanto a la relación de algún tipo de abuso, sea éste, sexual, físico, y/o psicológico se tuvo que el 28.6% se asocio con la presencia del trastorno oposicionista y desafiante con el antecedente de abuso. Tabla 4

**Tabla 4 Abuso contra trastorno oposicionista y desafiante**

ABUSO	TRASTORNO OPOSICIONISTA Y DESAFIANTE	
	POSITIVO	NEGATIVO
CON ABUSO	28.6%	71.4%
SIN ABUSO	16.0%	84.0%

La característica que ha sido típica en los trastornos de conducta es el hecho del bajo rendimiento escolar, por lo tanto, se comparo la frecuencia de reprobado contra el trastorno oposicionista y desafiante. Tabla 5.

**Tabla 5 Porcentaje de relación entre reprobado y el trastorno oposicionista y desafiante.**

REPROBO AÑO ESCOLAR.	TRASTORNO OPOSICIONISTA Y DESAFIANTE	
	POSITIVO	NEGATIVO
REPROBO	25.0%	75.0%
NO REPROBO	16.3%	83.7%

Otras variables que se describen con el trastorno oposicionista y desafiante son las relaciones sociales, a continuación se realizó un comparativo entre las relaciones con sus compañeros y su familia. Tabla 6 y 7.

**Tabla 6 Porcentaje de relación con los compañeros y el trastorno oposicionista y desafiante.**

RELACION CON COMPAÑEROS	TRASTORNO OPOSICIONISTA Y DESAFIANTE.	
	POSITIVO	NEGATIVO
<b>B U E N A</b>	18.6%	81.4%
<b>M A L A</b>	14.3%	85.7%

**Tabla 7 Porcentaje de relación con la familia y el trastorno oposicionista y desafiante.**

RELACION CON LA FAMILIA.	TRASTORNO OPOSICIONISTA Y DESAFIANTE.	
	POSITIVO	NEGATIVO
<b>B U E N A</b>	17.9%	82.1%
<b>M A L A</b>	16.7%	83.3%

Con mínima diferencia entre las relaciones buenas y malas con los compañeros, y el trastorno oposicionista y desafiante.

En semejante proporción se presentó lo relacionado con la familia. Pero se manifestó una mejor relación con los compañeros, que con la familia. Un dato importante es el porcentaje alto de tener buenas relaciones familiares y el trastorno oposicionista desafiante, contrario a lo que la literatura narra. Se aplicó la prueba de Mantel y Haenszel para todas las variables, obteniendo los siguientes resultados:

**Tabla 8**

VARIABLES	PRUEBA DE MANTEL Y HAENZSEL	
	VALOR	SIGNIFICANCIA
SEXO	2.05	.15
EMBARAZO	.77	.37
DROGAS	3.11	.07
ABUSO	.65	.41
REPROBO	.35	.55
RELACION COMPAÑEROS	.13	.71
RELACION FAMILIA.	.01	.90

Al relacionar los valores de las preguntas del RQC contra los valores del Trastorno oposicionista y desafiante, se obtuvo que respondiendo al menos con 3 ó más preguntas, y al aplicar el Kiddie SADS, éstos resultaron positivos para el trastorno antes mencionado.

**Tabla 9 Valores de RQC total y Trastorno opositorista y desafiante.**

<b>TRASTORNO OPOSICIONISTA Y DESAFIANTE</b>		
<b>VALORES</b>		
<b>RQC TOTAL</b>	<b>POSITIVO</b>	<b>NEGATIVO</b>
< 3	0	4
3	5	23
4	3	12
5	2	3
> 6	0	5

Con alfa de probabilidad de 4.92 y con nivel de significancia de .66, es decir, que tiene relación RQC con el diagnóstico del Kiddie SADS.

Finalmente al hacer el análisis de los grupos formados por aquellos que si los tuvieron y los que no, se realizo un análisis de varianza obteniendo un valor para la edad de  $f=.64$  con una  $p=.426$ , con diferencias entre ambos grupos; esta misma diferencia la mostraron las siguientes variables; el promedio de ambos grupos con  $f=.16$  y  $p=.68$ , la escala de evaluación para niños (GAF) actual con  $f=1.87$  y  $p=.17$ , el GAF severo con  $f=7.5$  y  $p=.008$ , y el RQC total con  $f= 1.13$  y  $p=.29$ .

## **DISCUSIÓN**

**Los estudios de prevalencia son de gran utilidad para determinar la magnitud de un problema y así planear y programar las acciones de salud para su control y combate.**

**Brandenburg y colaboradores realizaron una revisión y discusión de los resultados de estudios recientes de prevalencia de los trastornos psiquiátricos en niños, resultando que la mayoría ha obtenido estimaciones entre 14 y 20%, así mismo señalan la conveniencia de contar con el informe de los índices de precisión de los instrumentos utilizados, en particular del valor predictivo negativo, que representa la probabilidad de que no esté presente un trastorno cuando el resultado del instrumento de tamizaje es negativo. La precisión estimada para el RQC en éste estudio no difiere considerablemente de los resultados obtenidos con otros instrumentos de tamizaje desarrollados más recientemente, por lo que considero, que a pesar de las limitaciones, la información es confiable. Se obtuvo que con un punto de corte de tres reactivos o más se logró una especificidad casi del 100%, así mismo auxilio en la selección gruesa para aquellos candidatos para la aplicación del Kiddie SADS.**

**Encontramos que respondiendo, al menos con tres preguntas, de preferencia con 3,4 y 5, se relaciono con la presencia del trastorno oposicionista - desafiante.**

**En lo que respecta al diagnóstico por el Kiddie SADS, en el estudio muestra la predominancia del trastorno opositorista-desafiante en varones en la edad escolar.**

**Esser y colaboradores informaron que entre los principales factores de riesgo para presentar un trastorno psiquiátrico en los menores, destacan las condiciones familiares adversas y la presencia de impedimentos para el aprendizaje; esto hablando en términos muy generales, pero que tiene alguna relación a lo encontrado en nuestra población de escolares, existen desde factores como la presencia de complicaciones durante el embarazo, la utilización de drogas, la presencia de algún tipo de abuso, sea éste físico, sexual y psicológico. Contrario a lo que la literatura narra, fue el hallazgo de tener buenas relaciones con la familia y el trastorno; ya que se ha asociado como factor de riesgo, la disfunción familiar.**

**Ya mencionaba Christian y colaboradores, al describir otras características de niños con éste tipo de trastorno, que es la escasa empatía, por lo tanto el rechazo, en lo social establecen mínima relación con sus compañeros ya que son niños conflictivos, así mismo con nula contención por parte de la familia y esto genera repercusiones con bajo aprovechamiento escolar.**

**Así como es de utilidad la entrevista semiestructurada, ésta debe ser complementada con la experiencia clínica del especialista, ya que efectivamente se asociaban muchos antecedentes de organicidad, así como factores de índole familiar, por mencionar la disfunción, los cuales**

**se relacionaban con la impulsividad, la pérdida de control, las frecuentes discusiones con sus iguales y con adultos, la desobediencia, las mentiras y la falta de asistencia a clases.**

**El objetivo del presente estudio, fue poder detectar y describir aquellas características del trastorno oposicionista-desafiante en la población escolar, como medio que sirva para impulsar investigaciones en un futuro para la prevención. De una forma específica que confirme o descarte la necesidad de iniciar un manejo psiquiátrico oportuno.**

## CONCLUSIONES

Los estudios de prevalencia son de importancia como antecedentes del diseño de estrategias nacionales que pueden hacer frente a los problemas de salud mental, fundamentalmente si estas detecciones se llevan a cabo en etapas tempranas en la población infantil. Para dichas detecciones se deben incorporar instrumentos que indaguen de forma más específica el tipo de convivencia que se desarrolla en el seno familiar del niño, desde los conflictos maritales hasta el trato diferenciado que los padres les dan a sus hijos. Es necesaria la participación del profesor ya que es en el ambiente escolar donde se manifiestan más abiertamente los problemas de salud de los niños, ya sea como problemas de aprendizaje o como alteraciones conductuales y emocionales. En México ya se cuenta con instrumentos de investigación para ser aplicados en dicha población para realizar un diagnóstico correcto y oportuno y dar tratamiento correspondiente desde un enfoque sistémico en el cual se concibe al individuo como un sistema, que está influido por otros sistemas, como el escolar.

## **BIBLIOHEMEROGRAFIA**

1. **Ambrosini, Paul J. Multicenter Open- Label Sertraline Study in Adolescent Outpatients With Major Depression. J. AM. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 38:5, May 1999.**
2. **Biederman, Joseph. Is Childhood Oppositional Defiant Disorder a Precursor to Adolescent Conduct Disorder? Findings from a Four-Year Follow-up Study of Children with ADHD. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35:9, September 1996.**
3. **Caraveo, Jorge. Detección de problemas de salud mental en la infancia. Salud Pública de México. Vol. 37, No.5 septiembre-octubre de 1995.**
4. **Caraveo, Jorge. El consumo de alcohol en adultos como factor de riesgo asociado con trastornos psíquicos en los niños. Salud Mental Vol. 18 No.2 Junio de 1995.**
5. **Caraveo, Jorge. Un modelo para los estudio epidemiológicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiátrica. Salud Mental Vol. 21, No. 1, febrero de 1998.**
6. **Christian, Rachel E. Psychopathy and Conduct Problems in Children: II. Implications for Subtyping Children With Conduct Problems. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 36:2, February 1997.**
7. **De la Peña, Francisco. La entrevista semiestructurada para adolescentes(ESA). Características del instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal. Salud Mental Vol. 21, No. 6, diciembre de 1998.**
8. **Duffy, Anne. Psychiatric Symptoms and Syndromes Among Adolescent Children of Parent With Lithium-Responsive or Lithium-Nonresponsive Bipolar Disorder. Am J Psychiatry 155:3, March 1998.**
9. **Endicott, Jean . A Diagnostic Interview. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. Vol 35, July 1978. Pág. 837-844.**
10. **Endicott, Jean. Another rating scale? The Psychiatric Evaluation Form. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 154, No. 2,1972. Pág.88-104.**

11. Erlenmeyer, L. The New York High-Risk Project. Arch Gen Psychiatry. Vol. 54, Dec 1997. Pág. 1096-1102.
12. Fergusson, David. Predictive Validity of Categorically and Dimensionally Scored Measures of Disruptive Childhood Behaviors. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 34:4, April 1995. Pág.477-487.
13. Garralda, Elena. Psychiatric Adjustment in Adolescents With a History of Chronic Fatigue Syndrome. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 38:12, December 1999. Pág.1515-1521.
14. Garrison, Carol. Incidence of Major Depressive Disorder and Dysthymia in Young Adolescents. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 36:4, April 1997. Pág.458-464.
15. Gómez Espinosa, Mario. Validez de un instrumento de tamizaje (RQC). Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1993. Pág.204-208.
16. Graber, Julia. Is Psychopathology Associated With the Timing of Pubertal Development? J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 36:12, December 1997.
17. Kaufman, Joan. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children- present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. J. Am. Child Adolesc. Psychiatry, 36:7, July 1997.
18. Kazdin, Alan. Practitioner Review: Psychosocial Treatments for Conduct Disorder in Children. J. Child Psychol. Psychiat. Vol.38 ,No.2. Pág.161-178. 1997.
19. Keenan, Kate. DSM-III-R Disorders in Preschool Children From Low-Income Families. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 36:5, May 1997. Pág.620-627.
20. Kellner, Millicent. A School-Based anger management program for developmentally and emotionally disabled high school students. Adolescence, Vol. 30, No.120, Winter 1995. Pág.814-824
21. Kuhne, Michael. Impact of comorbid Oppositional or conduct problems on attention-deficit hiperactivity disorder. J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 36:12, December 1997. Pág.1715-1724.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

22. **López, Mannel. Violencia en la infancia y adolescencia. Psiquiatria 1988;1: 30-34.**
23. **Macias, Guido. Antecedentes y concepto actual de la psicopatología infantil. Psiquiatria 1998, 1:61-69.**
24. **McArdle, Paul. Hyperactivity: Prevalence and relationship with conduct disorder. J. Child Psychol. Psychiat. Vol. 36 No.2, pp.279-303,1995.**
25. **Najman, Jake. Impact of family type and family quality on child behavior problems: A longitudinal study. J. Am. Child Adolesc. Psychiatry, 36:10, October 1997.pp. 1357-1365.**
26. **Páez Agraz, Francisco. Las entrevistas para el diagnóstico clínico en psiquiatria. Salud Mental. Vol. 19, suplemento julio 1996.pp:19-25.**
27. **Renouf, Andrew. Relationship of Depressive, Conduct, and comorbid disorders and social functioning in childhood. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 36:7, July 1997.pp:998-1003.**
28. **Rico, Humberto. Lafrecuencia de los trastornos mentales en los niños escolares de primer grado de primaria. Salud Mental Vol.21, No.4, agosto 1998.pp:12-18.**
29. **Routh, Christina. Maternal attachment status, psychosocial stressors and problem behaviour: Follow-Up after parent training courses for conduc disorder. J. Child Psychol. Psychiat. Vol.36, No.7. pp:1179-1198, 1995.**
30. **Spitzer, Robert. Research Diagnostic Criteria. Rationale and Reliability. Arch Gen Psychiatry Vol.35, June 19978.pp:773-782.**
31. **Spitzer, Robert. Supervising Intake Diagnosis. Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 1299-1305.**