

11237



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE  
ISSSTE

**TRASTORNOS CONDUCTUALES Y  
EMOCIONALES EN NIÑOS EN  
EDAD ESCOLAR**

**ESTUDIO MONOGRAFICO**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA**

**PRESENTA:**

**DRA. ADRIANA LORANCA ALBA**

**ASESOR: DR. JUVENAL GUTIERREZ MOCTEZUMA**



**MEXICO, D. F.**

**2002**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

*Figueroa*



DR. SIEGFRIED FIGUEROA BARKOW  
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

*[Signature]*

DR. MIGUEL ANGEL PEZZOTI Y RENTERIA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE PEDIATRICA MEDICA

*[Signature]*

ASÉSOR DE TESIS  
DR. JUVENAL GUTIERREZ MOCTEZUMA  
JEFE DE SERVICIO DE NEUROLOGÍA PEDIATRICA

*[Signature]*

PRESENTA  
DRA. ADRIANA LORANCA ALBA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Adriana Loranca  
Alba.

FECHA: 19 Mayo 09.

FIRMA: *[Signature]*

*Con cariño para mi familia, especialmente mis padres  
mi esposa y mi hija*

## INDICE

1. Introducción.....	1
2. Prevalencia.....	7
3. Fisiología y patogenia.....	8
4. Trastornos disociales.....	20
5. Trastornos disociales y de las emociones mixtos.....	27
6. Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la infancia.....	28
7. Pronóstico.....	33
8. Tratamiento.....	36
9. Bibliografía.....	42

## **TRASTORNOS CONDUCTUALES Y EMOCIONALES EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR.**

### **INTRODUCCION**

Desde hace aproximadamente 25 años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha encargado de realizar de manera independiente a la de los adultos la clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, la cual actualmente cuenta con seis ejes para el estudio sistematizado de los trastornos psiquiátricos en la población infantil , los cuales son:

- I) Síndromes psiquiátricos clínicos.
- II) Trastornos específicos del desarrollo psicológico.
- III) Nivel intelectual.
- IV) Condiciones médicas.
- V) Situaciones psicosociales anómalas asociadas.
- VI) Evaluación global de la discapacidad psicosocial.

Dentro del eje I de esta clasificación encontramos a los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia , dentro de los cuales se encuentran:

- a) trastornos hiperkinéticos.
- b) trastornos disociales.
- c) trastornos disociales y de las emociones mixtos.
- d) trastornos de las emociones de comienzo específico en la infancia.
- e) trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la infancia y la

adolescencia.

- f) otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en infancia o la adolescencia. (1) (2)

Debido a que el pediatra con frecuencia enfrenta trastornos de conducta de severidad variable en niños, se decidió hacer la revisión del tema y esta monografía se enfoca a la descripción de trastornos disociales, trastornos disociales y de las emociones mixtos y trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la infancia y adolescencia.

El no reconocerlos y tratarlos puede incrementar la morbilidad que producen estos cuadros.

Es importante mencionar que al evaluar la conducta en el niño cualquier juicio que se establezca dependerá de los criterios que utilicemos para diferenciar la normalidad de la anomalía. De esta forma se define a la normalidad como media el considerar como normales aquellas conductas que se dan con mayor frecuencia en la infancia y adolescencia, siendo importante además el momento evolutivo en que se produce el hecho.

Normalidad como ideal. Esta idea tiene su origen en las teorías psicodinámicas de acuerdo con las cuales la normalidad completa se trataría de algo utópico.

Normalidad como ajuste. Esto supone una aproximación más flexible al concepto de normalidad. Supondría la capacidad de adaptación del individuo al medio de manera que todos aquellos síntomas que produjesen dificultades a nivel de las relaciones interpersonales, laborales, o en los rendimientos escolares desde un punto de vista subjetivo o de acuerdo con un juicio externo supondrían una patología.

Otra forma de evaluar la conducta es siguiendo un criterio cuantitativo o cualitativo .

Cuantitativo se refiere a que las conductas normales o anormales se diferencian en el

grado o intensidad en que aparecen. Lo cualitativo habla de una diferencia en la calidad y tipo de conductas anormales y patológicas.

Dentro de la evolución del comportamiento del niño es útil mencionar que antes de los primeros 2 años de vida la relevancia de éstos problemas es escasa , posteriormente en los años preescolares ( 2 a 5 años ) , escolares (6 a 11 años) y adolescencia , la evolución del comportamiento del niño es muy variable. Así durante la etapa preescolar se mantiene un rápido incremento de la capacidad intelectual especialmente en la adquisición del lenguaje, comienza a sentir la ansiedad ante la separación de los vínculos más significativos de la infancia, especialmente la madre y en estos años puede estar presentes en su conducta actitudes de negativismo y pasividad y en los juegos infantiles el comportamiento del niño oscila entre la ternura y la agresividad.

Más adelante, aumenta la tolerancia del niño a la frustración y establece relaciones triangulares ( envidias y rivalidades). Se desarrolla la capacidad de relación con gente ajena al entorno familiar y tanto la conducta oposicionista como las rabietas van desapareciendo a lo largo de esta etapa.

Durante la edad escolar el niño toma conciencia de su identidad como persona y las relaciones que mantiene son mucho más ricas y variadas , ha adquirido empatía y tiende a limitar sus necesidades y deseos ante los otros , existe un mejor manejo de los afectos y se desarrolla un sentimiento de culpa más maduro en relación con los esquemas de valores aprendidos previamente.

Durante la adolescencia están más marcados los cambios biológicos con la aparición de la madurez sexual. Es una etapa en la que se incrementa la conciencia de identidad personal y de las características y objetivos individuales. Se desarrolla la capacidad del pensamiento abstracto y para hacer planes de futuro , aparecen intereses heterosexuales y comienzan a mantenerse relaciones con personas del sexo contrario. (3)



El aumento de tensión psíquica que generan todos estos cambios adaptativos se ha pensado que conducía a graves trastornos emocionales sin embargo no son habituales en una adolescencia normal más que solo síntomas ansiosos y depresivos leves. Los trastornos de conducta en esta etapa pueden consistir en explosiones agresivas severas , actividad vandálica , consumo de sustancias psicoactivas y actividad sexual promiscua. Existen diversos métodos para la evaluación de la conducta en niños para determinar el temperamento de los niños , sus problemas del desarrollo así como los factores asociados a su deterioro como lo son la prueba de tamizaje en niños escolares para la evaluación del estado mental, o el cuestionario de conducta en niños, siendo los principales hallazgos que las situaciones más comúnmente asociadas a este tipo de alteraciones son las relaciones intrafamiliares anormales las cuales hacen referencia a los modelos adversos de relaciones e interacciones dentro de la familia que no son adecuados al desarrollo social y emocional del niño aunque se desconoce los mecanismos por los cuales actúa siendo las principales: ausencia de cariño en la relación padres - hijos , disputas intrafamiliares entre los adultos, hostilidad, maltrato físico del niño o abuso sexual dentro de la familia, entre otros. (4) (5) (15)

El trastorno mental, desviación o limitación en el grupo de apoyo primario en el niño se refiere a aquellos que con mayor probabilidad afectan negativamente al niño constituyendo un potencial de riesgo psiquiátrico. Los criterios generales de esta categoría son que existe una alteración socialmente incapacitante o minusvalía o un patrón de comportamiento alterado en un miembro de la familia y que es de tipo y severidad tal que interfiere en la vida del niño, dentro de éstos encontramos: trastorno mental o alteración de las padres, minusvalía o discapacidad de los padres y discapacidad de los hermanos entre otros.

La comunicación intrafamiliar inadecuada es cuando existen grandes dificultades en los patrones de comunicación intrafamiliares.

Tipos anormales de crianza: dentro de esta categoría se incluyen ciertas formas de comunicación por parte de los padres u otros cuidadores en la casa como los abuelos, padres adoptivos, niñeras o hermanos mayores que son anormales constituyendo un riesgo psiquiátrico para el niño: sobreprotección de los padres, supervisión y control inadecuados, privación de experiencias, presiones inapropiadas de los padres u otros.

(6)

Ambiente circundante anómalo: implica varios aspectos de la estructura social o física del ambiente del niño que predisponen a una situación psicosocial adversa, siendo los criterios generales para esta categoría que la estructura social y física del ambiente cercano al niño es marcadamente atípica para el contexto sociocultural y que empíricamente existen datos que confirman que dicha situación implica un riesgo psiquiátrico para el niño, como la crianza en instituciones o la familia aislada entre otros. Los acontecimientos vitales agudos son aquellos que predisponen o precipitan trastornos psiquiátricos si son inherentemente displacenteros y si son los causantes de un cambio adverso prolongado en las circunstancias de la vida o si alternativamente conducen a un deterioro a largo plazo de la visión que tiene el individuo que tiene acerca de sí mismo como son: pérdida de una relación afectiva, cambio de hogar que acarrea una amenaza contextualmente significativa, alteración del patrón de relaciones familiares, acontecimientos que producen pérdida de autoestima o abuso sexual extrafamiliar, experiencias atemorizantes u otros. (7) (8)

Los factores estresantes sociales son aquellos que derivan de fuerzas o características sociales o culturales más amplias y no tanto del entorno inmediato al niño o sus experiencias individuales pero que sin embargo lo afectan directamente : persecución o discriminación negativa, migración o cambio social entre otros. (9)

El estrés crónico interpersonal asociado con el colegio también forma parte de las situaciones psicosociales anómalas que se asocian a alteraciones conductuales en los

niños como son las relaciones de disputa con los compañeros o desasosiego en el ambiente escolar.

## **PREVALENCIA**

Las tasas de prevalencia del trastorno de conducta varían en función de los criterios diagnósticos empleados, la fuente de información (padres profesores, psiquiatras, datos oficiales etc.) y la edad. Los patrones de conducta referidos varían considerablemente entre niños padres y profesores.

Tomando en cuenta varios estudios realizados en los últimos años que especifican la fuente de información, el número de sujetos que componen la muestra y la edad, se observa una tasa de prevalencia que varía entre un 1.5% y 8.7% y cuando se analiza en diversos estudios se ha observado que el trastorno de conducta es más frecuente en varones y que el nivel socioeconómico para algunos autores es inversamente proporcional a la prevalencia de los trastornos conductuales aunque existen controversias. (3)

Existen varios reportes de que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad es el más común de los trastornos del neurodesarrollo en niños. (21)

## **FISIOLOGÍA Y PATOGENIA**

Dentro de los factores individuales que influyen para que se presenten trastornos de la conducta y desarrollo se encuentran las influencias genéticas, fisiológicas, neuroquímicas, neuroendócrinas y neuroanatómicas así como otras condiciones individuales de riesgo.

### **INFLUENCIAS GENÉTICAS EN EL DESARROLLO NORMAL Y ANORMAL.**

Actualmente la función de los factores genéticos en el trastorno de conducta en el niño y adolescente está por determinar ya que los estudios en sujetos adoptados como en gemelos no ofrecen resultados concluyentes. No obstante existen hallazgos que apoyan la existencia de una vulnerabilidad genética; parece que una determinada predisposición genética o algún tipo de vulnerabilidad heredada requiere la participación de otros factores: familiar y social principalmente.

Algunas anomalías cromosómicas se han descrito en niños con síndrome de Klinefelter y niños varones con cariotipo 47/ XYY.

### **ESTUDIOS FISIOLÓGICOS.**

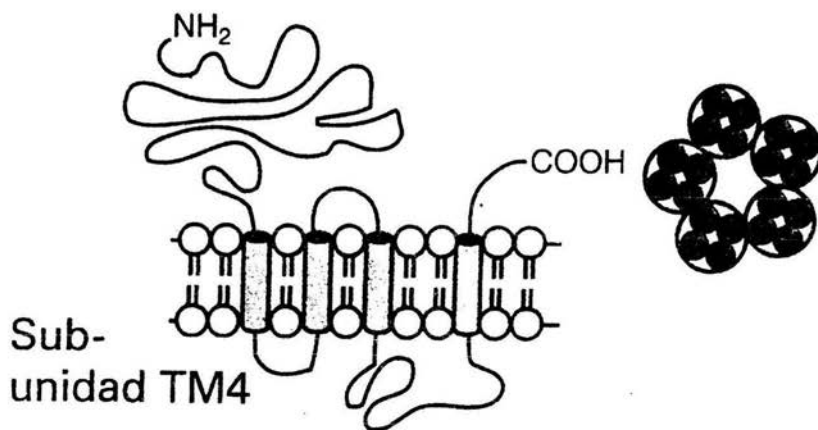
Se ha planteado la hipótesis de que los sujetos con conductas antisociales tienen una reactividad innata disminuida del sistema nervioso autónomo (SNA) a los estímulos aversivos siendo valorada por el ritmo cardíaco y la conductancia de la piel, se ha discutido esta lenta recuperación en relación con una teoría de aprendizaje de socialización y postulan que una combinación de reactividad del SNA, respuesta anticipatoria disminuida y lenta recuperación ante una reacción de temor, harán que el

niño esté menos capacitado que otros para aprender de la experiencia particularmente en relación con conducta socialmente inaceptables como la agresividad.

## ESTUDIOS NEUROQUIMICOS

La relación entre los mecanismos de neurotransmisión y conductas agresivas ha suscitado un enorme interés en los últimos años. La dopamina, la noradrenalina y la serotonina probablemente participan en la fisiopatología de la conducta violenta; sin embargo no hay conclusiones definitivas. Actualmente la investigación sobre mecanismos de neurotransmisión en el trastorno de conducta indica la existencia de un descenso en la función noradrenérgica y de la función serotoninérgica sin que se haya demostrado una disminución de la función dopaminérgica.

La forma en que se lleva a cabo la neurotransmisión es a través de la acción de los neurotransmisores que al ser captados por el receptor, activan y excitan a la neurona postsináptica, o bien, la inhiben.



*Los receptores iónicos para los neurotransmisores están compuestos por subunidades con cuatro dominios transmembrana supuestos, y se unen para formar tetrámeros o pentámeros (a la derecha).*

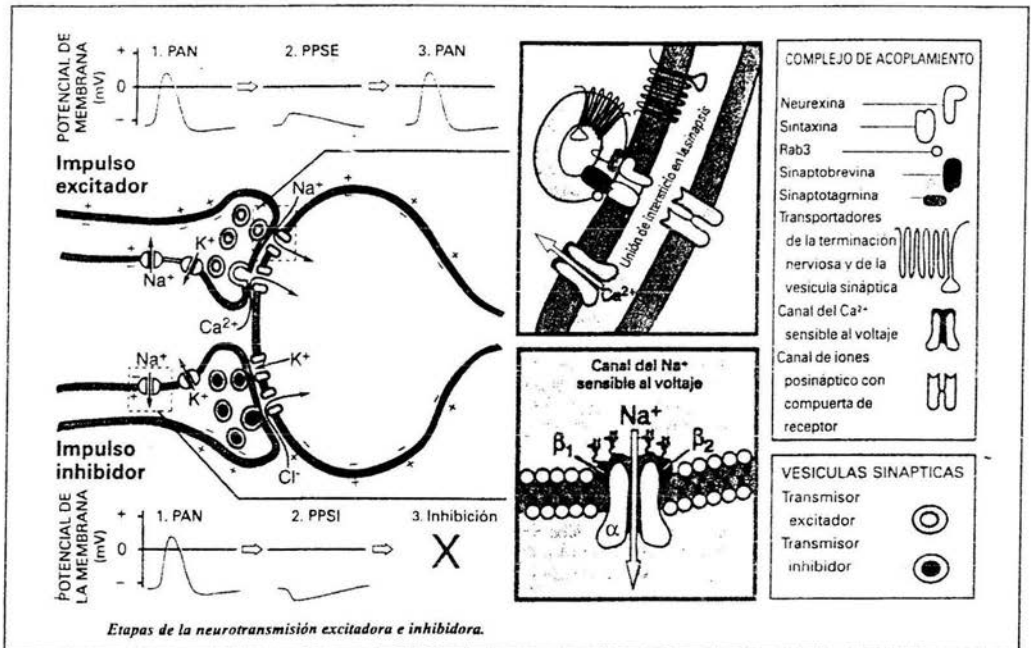
La importancia de poseer receptores de tipo excitador o de tipo inhibidora su vez, es que esto da una nueva dimensión a la función nerviosa, pues favorece la inhibición como la facilitación. Los mecanismos moleculares y de membrana que utilizan los diversos receptores para producir la excitación o la inhibición son los siguientes:

#### Excitación:

1. Apertura de los canales del sodio, esto hace que el potencial de membrana se eleve en dirección positiva y alcance el umbral de excitación. Este es el medio más utilizado para producir este efecto.
2. Disminución del paso de cloro, del potasio o de ambos por los canales. Esto disminuye la difusión de iones cloro cargados negativamente hacia el interior de la neurona postsináptica o disminuye la difusión hacia el exterior de los iones cargados positivamente. El potencial interno de la membrana se vuelve más positivo de lo normal, lo cual tiene un efecto excitador.

#### Inhibición:

1. Apertura de los canales iónicos del cloro que atraviesan la molécula del receptor. Esto permite la difusión rápida de los iones de cloro cargados negativamente, con ello las cargas negativas pasan dentro y aumenta la negatividad intracelular lo cual tiene un efecto inhibitorio.
2. Aumento de la conductancia de los iones de potasio que atraviesan el receptor. Esto facilita la difusión del potasio con carga positiva hacia el exterior.
3. Activación de las enzimas del receptor que inhiben las funciones metabólicas celulares, o que aumentan el número de receptores inhibidores sinápticos, o disminuyen el número de receptores excitadores.



Los transmisores de moléculas pequeñas y acción rápida son los que originan la mayoría de las respuestas inmediatas del sistema nervioso, como son la transmisión de las señales sensoriales al cerebro y de las señales motoras a los músculos. Por otro lado, los neuropéptidos, suelen producir efectos más prolongados, tales como los cambios en el número iónico y posiblemente también cambios que a largo plazo experimenta el número de sinapsis o el tamaño de éstas.



Transmisores de pequeña molécula y acción rápida. En la mayoría de los casos son sintetizados en el citosol de la terminal presináptica y luego se absorben por transporte activo para alojarse dentro de las numerosas vesículas que existen en la terminal.

**Acetilcolina:** En la mayoría de los casos tiene efecto excitador, sin embargo se sabe que tiene efectos inhibidores sobre algunas terminaciones parasimpáticas periféricas como la inhibición del corazón por el nervio vago. Los receptores muscarínicos que median los efectos de la acetilcolina en las proyecciones corticales y del hipocampo juegan un papel integrador en las funciones cognoscitivas, especialmente en el desarrollo de la memoria reciente y su transformación a memoria permanente.

**Noradrenalina:** Es secretada por neuronas cuyos somas celulares están situados en el tronco encefálico y el hipotálamo. Las neuronas secretoras de norepinefrina que se encuentran en la protuberancia ayudan a regular el humor y la actividad global de la mente. Los efectos de la noradrenalina son mediados en el cerebro por dos clases de receptores: Alfa y Beta. Estos son subdivididos en base a sus características farmacológicas y fisiológicas en receptores Alfa-1, Alfa-2, Beta-1 y Beta-2.

La activación de los receptores Beta resulta en estimulación de la adenilciclase y elevación del AMP cíclico, que, a su vez, activa cinasas que alteran transitoriamente la actividad de las enzimas específicas a través de la fosforilación reversible. La desensibilización de receptores beta corticolímbicos ha sido asociada con el mecanismo de acción de los antidepresivos.

**Dopamina:** es secretada por las neuronas que se encuentran en la sustancia negra y su función es principalmente inhibitoria. En la región mesocortico límbica provee inervación al eje de los circuitos del sistema límbico, así como a la corteza frontal, corteza cingulada y al hipocampo y el papel de estas proyecciones dopaminérgicas mesocortico límbicas ha sido implicado en el placer o en comportamientos de refuerzo. Además pueden estar implicadas en la atención y en la integración cognoscitiva.

Serotonina: Es secretada por los núcleos que se encuentran en el rafe medio del tronco encefálico y que se proyectan hacia muchas áreas del encéfalo, especialmente las astas dorsales de la médula y al hipotálamo actuando como inhibidor en las vías del dolor en la médula y a nivel más alto ayuda a regular el humor o el estado afectivo del sujeto.

El óxido nítrico es una sustancia transmisora de molécula pequeña que se encuentra sobre todo en las zonas del encéfalo que son responsables de la memoria y del comportamiento a largo plazo. (11)

### **ESTUDIOS NEUROENDOCRINOS.**

Se ha comprobado que los niveles de andrógenos durante el desarrollo fetal y neonatal son determinantes para el desarrollo de ciertas estructuras cerebrales que están implicadas en los comportamientos agresivos, de tal forma que los andrógenos ejercen una función de sensibilización de aquellas áreas del cerebro fetal que participan en las conductas agresivas. Se ha observado una correlación positiva entre los niveles de testosterona y la tendencia de los jóvenes a responder con agresiones físicas y verbales frente a las amenazas y provocaciones, sin embargo, tampoco hay conclusiones definitivas.

### **ESTUDIOS NEUROANATÓMICOS.**

El hipotálamo, la amígdala y la corteza orbitaria prefrontal son estructuras cerebrales implicadas en la conducta agresiva. Es muy difícil atribuir una conducta concreta a una estructura cerebral determinada.

Esta estructura forma parte del circuito límbico, el cual es más complejo. Es una estructura que deriva del origen embrionario de la zona del limbo, entre el telencéfalo y el diencefalo, sus constituyentes son el hipocampo, el complejo nuclear amigdalino, uncus (parte rostral del giro hipocampal), parte anterior del giro cingulado, cuerpos mamilares,

porciones del hipotálamo anterior y el área paraolfatoria adyacente junto con el giro subcalloso, la masa nuclear anterior del tálamo, tabique pelúcido y complejo nuclear habenular. Varios de sus axones, conectan a los núcleos entre sí y con el bulbo olfatorio.

Fórnix, cíngulo y cuerpos mamilares:

El fórnix, es un cúmulo de fibras que se origina en el hipocampo formando un asa sobre el tálamo para terminar en el cuerpo mamilar ipsolateral; se desconoce su función precisa pero es claro que está relacionada con el hipocampo y puede intervenir en el mecanismo de memoria para hechos recientes. Sus conexiones hipotalámicas afectan las funciones endocrinas en ciertas formas poco claras.

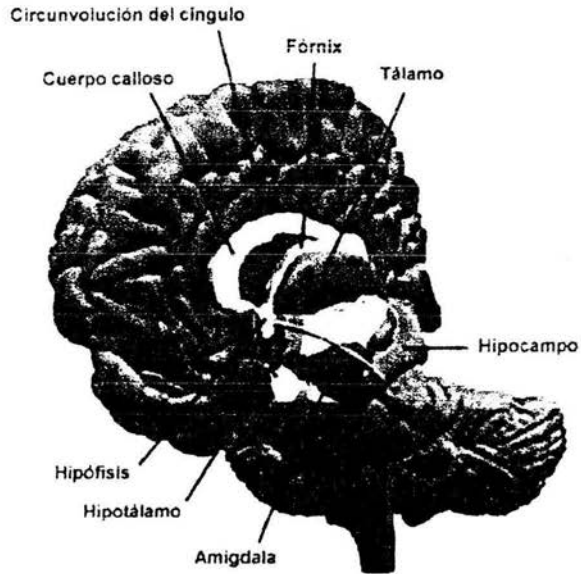
El cíngulo, otro haz que forma una asa alrededor del cuerpo calloso, se cree que interviene en aspectos de la reactividad emocional.

Los cuerpos mamilares transmiten en dos direcciones: una hacia el tálamo anterior o tracto mamilotalámico, y otra, el tracto mamilotegmentario desde el fórnix hacia la formación reticular mesencefálica y techo del puente. Pudiera probablemente intervenir en los aspectos autonómicos de las funciones emocionales y vegetativas.

Haz telencefálico medial:

Se compone de fibras nerviosas no mielinizadas de importancia para las funciones hipotalámica y límbica, transporta axones ascendentes y descendentes en un trayecto longitudinal que se encuentra en situación lateral con respecto al hipotálamo. También conecta la circunvolución orbital del lóbulo frontal con el área paraolfatoria, hipotálamo anterior y posterior; cumple múltiples funciones en relación a la corteza límbica.(10).

## Sistema límbico



El *sistema límbico* está compuesto por un conjunto de estructuras cuya función está relacionada con las respuestas emocionales, el aprendizaje y la memoria. Nuestra personalidad, nuestros recuerdos y en definitiva el hecho de ser como somos, depende en gran medida del sistema límbico.

Los componentes de este sistema son: *amígdala, tálamo, hipotálamo, hipófisis, hipocampo, el área septal (compuesta por el fórnix, cuerpo caloso y fibras de asociación), la corteza orbitofrontal y la circunvolución del cíngulo.*

## **INSTINTO**

La conducta instintiva se compone de funciones complejas prefabricadas en el sistema nervioso, es decir que operan por medio de conexiones neuronales sólidas determinadas genéticamente.

Este tipo de conducta se presenta a todos los niveles del sistema nervioso central por debajo de la neocorteza, encontrándose una de sus porciones más complejas a nivel del Hipotálamo el cual controla las funciones endocrinas y del sistema nervioso autónomo, y por lo tanto, funciones conductuales más complejas.(11)

## **CONDUCTA REPRODUCTIVA**

La conducta sexual comienza con el reconocimiento de las parejas potenciales, siendo en los animales primitivos los receptores distantes y el equivalente en los humanos son los receptores del olfato ya que los olores del cuerpo pueden resultar bastante excitantes despertando conductas instintivas.

## **SUEÑO**

El sueño, el cual se consideró inicialmente como una función pasiva, depende de todo un complejo de interacciones neuronales, y la vigilia resulta de la actividad del sistema reticular activante del techo mesencefálico. (10)

## **FACTORES NEUROPSICOLOGICOS.**

Existe amplia evidencia de que los niños y adolescentes con problemas de conducta tienden a obtener puntuaciones más bajas en los test de inteligencia que sus respectivos controles. Sin embargo, cualquiera que sea la causa, la limitación de inteligencia por si sola no conduce a problemas conductuales. Más aún, la mayoría de niños limitados

intelectualmente no son antisociales. Así pues, el grado de limitación intelectual en niños y adolescentes con trastorno de conducta es generalmente mínimo y con frecuencia uno de los diferentes tipos de vulnerabilidades que hacen la adaptación social más difícil.

## **FACTORES FAMILIARES.**

Dentro de las relaciones familiares anormales se hace referencia a los modelos adversos de relaciones e interacciones dentro de la familia y que no son adecuados al desarrollo social y emocional del niño. Las relaciones familiares adversas están relacionadas a un desarrollo anormal dentro de distintas sociedades aunque los mecanismos por los cuales dichas adversidades actúan no son bien conocidos. El niño puede experimentar una, algunas o todas estas adversidades al mismo tiempo. Hay que tener en cuenta que aunque los modos de expresión y los umbrales de valoración variarán culturalmente, las deficiencias o distorsiones en estas áreas serán identificables de manera similar en cada cultura. (3)

Ausencia de afecto en la relación padres - hijos : es la ausencia marcada de sentimientos positivos expresados hacia el niño por parte de la figuras parentales. El cariño es expresado a través del modo en que los padres hablan con el niño y a través de comportamientos no verbales como el contacto físico cariñoso o el confortar físicamente. El contexto y la frecuencia de dichas expresiones de cariño varían culturalmente y según se trate del padre o de la madre. El nivel de cariño expresado debe ser juzgado de acuerdo con el comportamiento esperado por parte de los padres en ese grupo cultural y a partir de la observación del trato dado a los otros niños. La ausencia de sentimientos positivos no debe ser confundida con la presencia de sentimientos negativos o críticos.

Disputas intrafamiliares entre los adultos: hacen referencia al desacuerdo entre los padres del niño o entre los miembros adultos de una casa más no entre los padres y el propio niño. Debe ser evidenciado a través de altercados de carácter negativo o por una atmósfera persistente de severa tensión consecuencia de malas relaciones. También el abuso físico o verbal por una de las partes deben ser incluidos. La discordia entre padres que viven separados puede ser considerada si el niño mantiene una relación con ambos padres.

Hostilidad : se refiere a los sentimientos personalmente localizados y marcadamente negativos de uno o ambos padres hacia el niño. Los sentimientos negativos están específicamente hacia el niño aunque es posible que la acusación de culpabilidad se dirija a más de un niño en la familia.

En diferentes estudios se ha encontrado que en los casos de madres con trastorno de ansiedad o depresión, los hijos presentan con mayor frecuencia trastornos conductuales, lo cual indica que el estado de salud mental materna tiene un efecto sustancial sobre la salud mental de los hijos. (16)

Maltrato físico del niño: incluye cualquier efecto claro de incidentes en los cuales el niño ha resultado herido por cualquier adulto de la casa en un grado médicamente significativo o que incluye formas de violencia anormales dentro del grupo subcultural al que pertenece.

El abuso sexual dentro de la familia incluye las relaciones sexuales que son incestuosas y también las no incestuosas entre el niño y otros miembros mayores de la casa.

## **FACTORES SOCIALES.**

Las tasas más altas de delincuencia se dan en los extremos marginales de las grandes ciudades, en áreas con bajos recursos económicos, desempleo, y donde la gente se siente desarraigada. Son zonas donde la mortalidad infantil es más alta y hay una mayor

incidencia de trastornos psiquiátricos, y por tanto, vivir en estos sitios es un factor de riesgo, sin embargo, muchos jóvenes en estas condiciones de vida, no son ni acaban siendo delincuentes. Es más, las conductas antisociales preceden muchas veces al hecho de pasar a formar parte de una banda de individuos antisociales. Existe sin embargo, ciertos correlatos de clase social que son probablemente más importantes que el estatus socioeconómico por sí mismo en la etiología de la conducta antisocial. Por ejemplo, tamaño familiar, pobre supervisión y una elevada prevalencia de enfermedad mental y física están asociadas a bajo nivel socioeconómico. Estos tipos de factores, más que la pobreza por sí sola, serán importantes. La ausencia de acceso a servicios médicos psiquiátricos y sociales debe ser también considerada. (4) (6) (9)



## **A. TRASTORNOS DISOCIALES**

Se caracterizan por una forma persistente y reiterada de alteración de conducta, agresiva o desafiante. En el grado máximo pueden existir violaciones de las normas, desproporcionadas a las que serían aceptables para la edad del niño y las características de la sociedad en la que vive. Se trata, por tanto, de algo más grave que una travesura infantil o rebeldía adolescente. Los actos disociales o criminales aislados no son, por sí mismos, fundamento para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamiento.

Los rasgos del trastorno disocial pueden ser también secundarios a otros trastornos psiquiátricos, en cuyo caso debe codificarse el diagnóstico del trastorno subyacente. Los trastornos disociales pueden evolucionar en algunos casos hacia un trastorno disocial de la personalidad. Suelen estar relacionados con un ambiente psicosocial desfavorable (relaciones familiares no satisfactorias y fracaso escolar) y son más frecuentes en los varones. La distinción entre los trastornos disociales y los trastornos emocionales está bien definida, mientras que su diferenciación del trastorno hiperactivo está menos clara y es frecuente una sobreposición entre ambos.

### **PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO.**

La valoración de la presencia de un comportamiento disocial debe tener en cuenta el nivel de desarrollo del niño. Las rabietas, por ejemplo forman parte del desarrollo normal a la edad de tres años y su mera presencia no debería ser base para el diagnóstico. Del mismo modo, la violación de los derechos cívicos de otras personas (como un crimen violento), no se encuentra al alcance de la mayoría de los niños de 7 años de edad y no es, por lo tanto un criterio diagnóstico necesario para este grupo de edad.

Las formas de comportamiento en las que se basa el diagnóstico pueden ser de los siguientes tipos: grado excesivo de peleas o intimidaciones; crueldad hacia otras

personas o animales; destrucción grave de pertenencias ajenas; incendios, robo, mentiras reiteradas, ausencias en la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, conducta desafiante y provocativa, y desobediencia grave y persistente; cualquiera de estas categorías, si es intensa, es suficiente para el diagnóstico, pero los actos disociales aislados no lo son.

Son criterios de exclusión otros trastornos subyacentes, como la esquizofrenia, la manía, los trastornos generalizados del desarrollo, el trastorno hiperactivo y la depresión.

No se recomienda hacer este diagnóstico a menos que la duración del comportamiento descrito sea de seis meses o más.

## **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Hay que tener en cuenta que el trastorno disocial puede solaparse con otros trastornos, la coexistencia de trastornos de las emociones en la infancia debería llevar al diagnóstico de trastorno mixto de las emociones y trastorno disocial la categoría de trastorno hiperactivo tiene prioridad si un caso satisface también las pautas de este trastorno. No obstante, grados leves o limitados a situaciones concretas de hiperactividad y de falta de atención se presentan con frecuencia en niños que padecen un trastorno disocial, como también una baja autoestima y trastornos emocionales menores. Ninguno de ellos excluye el diagnóstico.

## **1. TRASTORNO DISOCIAL LIMITADO AL CONTEXTO FAMILIAR**

Esta categoría incluye trastornos en los que el comportamiento disocial o agresivo (que va más allá de manifestaciones oposicionistas, desafiantes o disruptivas) está completa o casi completamente restringido al hogar o a las relaciones con los miembros de la familia nuclear o agregados. Las manifestaciones más frecuentes son robos en el lugar de dinero o pertenencias de una o dos personas concretas, que puede acompañarse de nuevo de un comportamiento destructivo deliberado hacia miembros concretos de la familia, tales como romper juguetes u objetos de adorno, ropas, rayar los muebles o destruir pertenencias apreciadas. El diagnóstico puede basarse también en la presencia de actos de violencia contra miembros de la familia (pero no hacia otras personas) o en provocar incendios deliberados en el hogar.

### **PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO**

El diagnóstico requiere que no exista ninguna alteración significativa de conducta fuera del ambiente familiar y que la relación social del niño fuera de la familia esté dentro de la normalidad.

En la mayoría de los casos, estos trastornos limitados al contexto familiar han comenzado en relación con una alteración grave de la relación del niño con uno o más miembros de la familia nuclear. En algunos casos, por ejemplo, el trastorno puede haberse iniciado por conflictos con la llegada de un nuevo padrastro o madrastra. La validez nosológica de esta categoría todavía es incierta, pero es posible que esta alteración de conducta tan específica de una situación no implique el mal pronóstico de los trastornos disociales generalizados.

## **2. TRASTORNO DISOCIAL EN NIÑOS NO SOCIALIZADOS**

Se caracteriza por la combinación de un comportamiento agresivo disocial persistente con una dificultad generalizada significativa para las relaciones personales con otros niños.

### **PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO.**

El factor distintivo clave de este trastorno es la falta de integración entre los compañeros y tiene prioridad diagnóstica sobre las otras diferenciaciones. Los problemas de relación con los otros compañeros se manifiestan principalmente por un aislamiento o rechazo, impopularidad entre los otros niños y por una falta de amigos íntimos o de relaciones empáticas recíprocas y duraderas con los compañeros de la misma edad. Las relaciones con los adultos tienden a estar marcadas por la discordia, la hostilidad y el resentimiento, pero puede existir una buena relación con algunos adultos (aunque por lo general falta una confianza íntima) que no descarta el diagnóstico, con frecuencia aunque no siempre se presentan alteraciones emocionales que sí alcanzan un grado suficiente para satisfacer las pautas del trastorno mixto.

Las ofensas se realizan en la mayoría de los casos en solitario. Las formas características de comportamiento son: intimidaciones, peleas excesivas, y en niños mayores extorsiones o atracos violentos, niveles excesivos de desobediencia, groserías, falta de cooperación y resistencia a la autoridad, rabietas graves y accesos incontrolables de ira, destrucción de propiedades ajenas, incendios y crueldad con otros niños y animales, no obstante, algunos niños aislados se ven envueltos en delitos en grupos por lo que la naturaleza del delito es menos importante para hacer el diagnóstico que la cualidad de las relaciones personales.

El trastorno suele ser generalizado en distintas situaciones pero puede ser más manifiesto en el colegio. La especificidad de una situación concreta distinta del hogar es compatible con el diagnóstico.

### **3. TRASTORNO DISOCIAL EN NIÑOS SOCIALIZADOS**

Esta categoría incluye forma de comportamiento disocial o agresivo persistente y que no son simplemente manifestaciones oposicionistas, desafiantes o disruptivas que se presentan en niños generalmente bien integrados en el grupo de compañeros.

Dentro de estos se incluyen el trastorno disocial de tipo grupal, delincuencia en grupo, delitos formando parte de una banda, robos en compañía de otros, y ausencias escolares, se debe diferenciar de actividades de bandas sin trastornos psiquiátricos manifiestos.

#### **PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO.**

El rasgo diferencial clave es la existencia de amistades adecuadas y duraderas con compañeros de aproximadamente la misma edad. Con frecuencia pero no siempre el grupo de compañeros lo constituyen otros jóvenes implicados en actividades delictivas o disociales y en este caso la conducta socialmente inaceptable del niño puede estar aprobada por los compañeros y regulada por las normas de la subcultura a la que pertenecen. Sin embargo esto no es un requisito necesario para el diagnóstico y el niño puede formar parte de un grupo de compañeros no delincuentes y la alteración del comportamiento tener lugar fuera de este contexto. Puede existir una alteración en la relación con las víctimas o con otros niños si la alteración de la conducta implica intimidación pero esto no valida el diagnóstico si el niño tiene alguna pandilla a la cual es leal y con cuyos miembros le une una amistad duradera.

Las relaciones con figuras de autoridad adulta tienden a ser pobres pero pueden existir buenas relaciones con algunas personas concretas. Las alteraciones emocionales suelen ser mínimas. La alteración de la conducta puede extenderse también al ambiente familiar pero si se limita al hogar debe descartarse este diagnóstico.

#### **4. TRASTORNO DISOCIAL DESAFIANTE OPOSICIONISTA**

Este tipo de trastorno disocial se ve característicamente en niños de edades inferiores a los 9 a 10 años. Se define por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante desobediente y provocador y por la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley o los derechos de los demás. Un comportamiento malicioso o travieso grave no es en si mismo suficiente para el diagnóstico. Muchos autores consideran que las formas de comportamiento de tipo oposicionista desafiante son una forma menos grave del trastorno de tipo disocial en vez de un tipo cualitativamente distinto. No existen datos experimentales que determinen si la diferencia es cuantitativa o cualitativa. Sin embargo, los hallazgos sugieren que se de tratarse de un trastorno distinto lo sería principal o únicamente en los niños más pequeños. Se debe emplear esta categoría con cautela, sobre todo en el caso de niños de mayor edad. Los trastornos disociales clínicamente significativos en niños mayores suelen acompañarse de un comportamiento disocial o agresivo que va más allá del desafío, la desobediencia o la conducta disruptiva, aunque no es raro que vayan precedidos de un trastorno desafiante y oposicionista en edades más tempranas. Esta categoría se incluye para reflejar la práctica diagnóstica habitual y facilitar la clasificación de los trastornos que aparecen en los niños pequeños.

## **PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO.**

El rasgo principal es una forma de comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocador y disruptivo, que está claramente fuera de los límites normales del comportamiento de un niño de la misma edad, contexto sociocultural y que no incluye violaciones más graves de los derechos ajenos que se reflejan en el comportamiento agresivo y disocial especificado para las categorías de trastornos de conducta. Los niños se oponen frecuentemente y activamente a las peticiones o reglas de los adultos y molestan deliberadamente a otras personas. Tienden a sentirse enojados, resentidos y fácilmente irritados por aquellas personas a quienes culpan de sus propios errores o dificultades, generalmente tienen una baja tolerancia a la frustración y pierden el control fácilmente. Lo más característico es que sus desafíos sean provocaciones que dan lugar a enfrentamientos. Por lo general, muestran un grado excesivo de grosería, falta de colaboración y resistencia a la autoridad.

Este comportamiento suele ser más evidente en el contacto con los adultos o compañeros que el niño conoce bien, y los signos del trastorno pueden no oponerse de manifiesto durante la entrevista clínica.

La diferencia clave con otros tipos de trastornos disociales es la ausencia de violación de las leyes o los derechos fundamentales de los demás, como el robo, la crueldad, la intimidación, el ataque o la destrucción. La existencia de cualquiera de estas formas de comportamiento excluye el diagnóstico. (1) (2)

## **B. TRASTORNOS MIXTOS, DISOCIALES Y DE LAS EMOCIONES**

Este grupo de trastornos se caracteriza por la combinación de un comportamiento persistente agresivo, disocial, o desafiante , con síntomas claros y marcados de depresión ansiedad y otras alteraciones emocionales.

### **1. TRASTORNO DISOCIAL DEPRESIVO.**

Esta categoría requiere la combinación del trastorno disocial en la infancia con una depresión persistente y marcada del estado de ánimo, puesta de manifiesto por síntomas como desdicha excesiva y pérdida de interés y placer por las actividades habituales, reproches a sí mismo y desesperanza. También pueden estar presentes trastornos del sueño y del apetito .

### **PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO.**

Al igual que en los trastornos disociales se puede encontrar una forma persistente y reiterada de alteración de conducta, sin embargo en este caso se encuentra asociado a un trastorno depresivo asociado. (1) (2)



## **C.TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL DE COMIENZO ESPECIFICO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

Se trata de un grupo heterogéneo de alteraciones que tienen en común alteraciones en el comportamiento social que comienzan durante el periodo de desarrollo pero que, a diferencia de los trastornos generalizados del desarrollo no se caracterizan primariamente por una incapacidad o déficit del comportamiento social aparentemente constitucionales que impregnan todas las áreas del comportamiento. Este grupo de trastornos del funcionamiento se conoce bien en la practica pero las pautas que definen el diagnóstico no son del todo claras y no hay acuerdo en cuanto a la forma más adecuada de subdividirlos y clasificarlos.

### **1.MUTISMO SELECTIVO**

Se trata de un trastorno caracterizado por una notable selectividad de origen emocional en el habla, de tal forma que el niño demuestra su capacidad lingüística en algunas circunstancias, pero deja de hablar en otras definidas. Lo más frecuente es que el trastorno se manifieste en la primera infancia y suele acompañarse de rasgos de personalidad marcados de ansiedad social, retraimiento, hipersensibilidad o negativismo. Es típico que el niño hable en casa o con sus amigos íntimos, pero permanezca mudo en la escuela o ante extraños, pero puede ocurrir lo contrario.

## **PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO.**

El diagnóstico se presupone en pacientes que tienen un nivel de comprensión del lenguaje normal o casi normal; una capacidad de expresión del lenguaje que es suficiente para la comunicación social y evidencia de que el individuo puede hablar y habla normal o casi normalmente en algunas circunstancias concretas; sin embargo una minoría sustancial de niños con mutismo selectivo tiene antecedentes de algún retraso del lenguaje o de problemas de articulación del mismo, lo que no excluye el diagnóstico si existe un nivel adecuado de desarrollo del lenguaje para una comunicación efectiva y una gran disparidad en la utilización del mismo según el contexto social. Suelen presentarse además otras alteraciones socioemocionales, pero no son rasgos necesarios para el diagnóstico. No siempre se presentan las mismas, sin embargo es frecuente encontrar la hipersensibilidad social, ansiedad social y retraimiento social. Se deben excluir de este trastorno a los pacientes con trastornos generalizados del desarrollo, esquizofrenia, trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje y el mutismo transitorio que se presenta como parte un trastorno de ansiedad de separación en la primera infancia.

## **2. TRASTORNO REACTIVO DE VINCULACION EN LA INFANCIA**

Es un trastorno que se caracteriza por anomalías persistentes en las formas de relación social del niño, acompañadas de alteraciones emocionales y que son reactivas a cambios en las circunstancias ambientales. Es típica la temerosidad e hipervigilancia inconsolables y una mala relación social con los compañeros. Son frecuentes la auto y la heteroagresiones, la tristeza y en algunos casos retraso en el crecimiento. El síndrome

se presenta probablemente como consecuencia directa de un abandono parental, abusos o malos tratos graves . La existencia de esta forma de comportamiento es claramente reconocida y aceptada.

## **PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO.**

El rasgo distintivo es una forma anormal de relación con las personas encargadas del niño, que se presenta y que implica rasgos de inadaptación que no se presentan en el niño normal y que, aunque persisten responden a cambios marcados en la forma de crianza.

En la mayoría de los casos, los niños muestran interés en la relación con otros compañeros, pero el juego está inhibido por respuestas emocionales negativas.

En muchos niños normales, se presenta una inseguridad en el modo de vinculación selectiva con uno u otro de los progenitores, que no debe confundirse con el trastorno reactivo de la vinculación, del que difiere en varios aspectos importantes. El trastorno se caracteriza por un grado anormal de inseguridad, que se manifiesta en forma de respuestas sociales notablemente contradictorias que no se presentan en niños normales.

Cinco rasgos principales que diferencian este trastorno de los trastornos generalizados del desarrollo son los siguientes: primero, los niños con un trastorno reactivo de la vinculación tienen una capacidad normal para la interacción social y la empatía, de la que carecen aquellos con un trastorno generalizado del desarrollo. Segundo, aunque en las alteraciones reactivas de la vinculación las respuestas sociales alteradas son al comienzo un rasgo general del comportamiento del niño en muchas situaciones, pueden remitir en gran medida si el niño es educado en un entorno normal que provea continuidad en los cuidados; esto no ocurre con los trastornos generalizados del

desarrollo. Tercero, aunque los niños con trastornos reactivos de la vinculación pueden presentar dificultades en el desarrollo del lenguaje, no presentan los rasgos alterados de comunicación característicos del autismo. Cuarto, a diferencia del autismo, los trastornos reactivos de la vinculación no se acompañan de déficit cognoscitivos graves y persistentes que no responden de manera importante a cambios ambientales. Quinto, la presencia de formas de comportamiento, intereses y actividades restringidos de forma persistente y de manera estereotipada, no son una característica de los trastornos de la vinculación reactivos. Debe hacer diagnóstico de exclusión con el Síndrome de Asperger, trastorno de la vinculación en la infancia desinhibido, síndrome de malos tratos en la infancia con problemas físicos, variación normal de las formas de vinculación selectiva y abuso sexual o físico en la infancia con problemas psicosociales.

### **3. TRASTORNO DESINHIBIDO DE LA VINCULACION EN LA INFANCIA**

Se trata de una forma de funcionamiento social anormal que aparece en los cinco primeros años de vida. Una vez consolidado tiende a persistir, a pesar de que existan cambios significativos en las circunstancias ambientales. En el período medio y tardío de la infancia, los niños pueden haber desarrollado o no vínculos selectivos como consecuencia de cambios frecuentes en el personal cuidador. La unidad conceptual del síndrome depende de la aparición precoz de una vinculación difusa, relaciones sociales empobrecidas de forma persistente y la ausencia de especificidad situacional.

#### **PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO**

El diagnóstico se basa en la evidencia de que el niño presentó un grado poco frecuente de difusión en los vínculos selectivos durante los primeros años de su vida así como

manifestaciones de llamada de atención en afectividad indiscriminada. Suele presentarse una dificultad para establecer relaciones afectivas estrechas con los compañeros y pueden presentarse además alteraciones emocionales y del comportamiento. Dentro de este se incluye la psicopatía por carencia afectiva y el síndrome institucional. Se excluyen los diagnósticos de síndrome de Asperger, hospitalismo en niños, trastorno hiperactivo y por déficit de atención así como trastorno de vinculación en la infancia afectivo. (1) (2)

## PRONOSTICO

Cuando queremos evaluar el pronóstico de un paciente con este tipo de trastorno, no se debe olvidar que cada niño o adolescente es diferente y único por lo que se debe realizar la individualización del caso, ya que cada paciente cuenta con un conjunto de características personales, las cuales moldearán el cuadro sintomático, siendo esta heterogeneidad la que hace más difícil que un solo programa de tratamiento resulte efectivo en todos los casos. Así, programas de modificación de la conducta, psicofármacos, abordajes psicodinámicos y demás tratamientos, tienen el inconveniente de asumir en muchas ocasiones que los niños con trastornos de conducta son un grupo homogéneo.

Uno de los aspectos que frecuentemente ensombrece el pronóstico es la limitación en el tiempo de los recursos disponibles como son los planes para la educación de los padres, mientras que por lo general, los factores de mantenimiento actúan de forma crónica. A pesar de esto, se puede esperar un buen pronóstico en todos los trastornos de leves de conducta, en los que no hay psicopatología coexistente y en los que se cuenta con un funcionamiento intelectual normal. Serán los niños con conductas antisociales de inicio temprano, los que suelen mostrar un número mayor de síntomas y en los que es predecible un peor pronóstico dada la frecuencia de aparición de otras alteraciones en el futuro.

El trastorno de la conducta tendrá un curso prolongado durante la niñez y ningún tratamiento en concreto se ha mostrado especialmente eficaz en lo referente a la mejoría del pronóstico a largo plazo; no obstante se deben mejorar los factores familiares ambientales y sociales adversos, ya que uno de los mayores riesgos que pueden empeorar el pronóstico es la aparición de un trastorno de la personalidad en la edad adulta. Un alto porcentaje de niños desarrollarán en el futuro comportamientos antisociales y una elevada tasa de admisión en hospitales psiquiátricos, y ya ha sido

demostrada la alta incidencia de robos fugas de casa y otras conductas antisociales de los hijos de éstos pacientes y solo el apoyo familiar, periodos cortos de encarcelamiento y el matrimonio con un cónyuge estable demostraron ser beneficiosos.

Son muchas las complicaciones de este tipo de trastornos, una de las más frecuentes es el abuso de sustancias y otras de ellas son el fracaso escolar, prostitución y de las más graves suicidio y homicidio. El número y variedad de los síntomas, persistencia en el tiempo y el tipo de situaciones en las que el individuo se ve enfrentado con la ley, influirán en la aparición en el adulto de un trastorno antisocial de la personalidad.

De diversos estudios realizados en este tipo de pacientes, se ha encontrado que un subgrupo de quienes fueron diagnosticados en la infancia continuará su actividad en la vida adulta, mientras que otros padecerán trastornos psiquiátricos más o menos severos. No obstante, muchos de éstos pacientes son capaces de conseguir una buena adaptación en la vida adulta aunque aun no está claro el mecanismo de la terapia a largo plazo.

Se han realizado diferentes estudios para conocer las variables que más frecuentemente se asocian al deterioro funcional en niños, con el fin de detectar cuáles situaciones pueden ser pronosticadas en los desórdenes psicológicos, detectar las situaciones de riesgo para deterioro importante para intervenir oportunamente y reducir los efectos de la situación, y para agrandar el conocimiento sobre las formas de desarrollo que anteceden al deterioro. (4)

El mejoramiento médico y tecnológico en el cuidado del recién nacido de alto riesgo ha resultado en una disminución importante de los rangos de morbilidad. Hay evidencia en la literatura de cuidados intensivos neonatales de que los recién nacidos de alto riesgo que sobreviven en estas unidades tienen un considerable riesgo de presentar secuelas en el neurodesarrollo como deficiencia en las destrezas motoras y deficiencias intelectuales importantes, sin embargo, a pesar de que estas alteraciones prevalecen en este grupo de

pacientes, los déficits de intensidad leve a moderada en área cognitiva, social, motora o del lenguaje, pueden no ser evidentes durante la edad escolar. La identificación temprana de estos infantes puede ser útil para aplicar la intervención temprana de programas para maximizar el potencial funcional.

Es importante que estos pacientes cuenten con estudios de electroencefalograma ya que los trastornos de conducta pueden deberse a mal funcionamiento generalmente del lóbulo frontal.

Hay diversos estudios prospectivos en los que se ha demostrado que los potenciales evocados realizados periódicamente en recién nacidos es una herramienta para determinar el pronóstico, sin embargo falsas negativas han limitado esta utilidad. Varios laboratorios han demostrado que los potenciales evocados de latencia corta tienen una gran sensibilidad y especificidad con respecto a los resultados en el neurodesarrollo durante la infancia temprana. (13) (14)

Cuando existe sospecha de un trastorno de conducta en un niño, el pediatra general es el encargado de referir al paciente a neurología o psiquiatría infantil, sin embargo en algunas ocasiones es el maestro o psicólogo de la escuela es quien detecta el problema, y el pediatra del paciente debe de ser enterado del caso así como de las acciones que se llevan a cabo ya que es el especialista eje encargado del paciente.



## TRATAMIENTO

Debido al carácter heterogéneo de la etiología y la clínica del trastorno de conducta, no existe un tratamiento exclusivo del mismo.

Es el pediatra general quien debe sospechar el diagnóstico ante un conjunto de signos y síntomas que le indiquen que el problema de conducta del paciente interfiere con sus funciones diarias creando un problema de adaptación social importante, como pueden ser: agresión importante con los compañeros de escuela, autoagresión, problemas de aprendizaje o de comunicación.

Para una elección terapéutica adecuada es fundamental considerar el cuadro como un proceso crónico en la infancia y tener en cuenta las características individuales, familiares y sociales del paciente. El tratamiento puede estar orientado hacia el niño, los padres, la familia completa o ir encaminado a la inclusión del paciente en programas educativos y recreativos comunitarios. La terapia individualizada del niño suele ser insuficiente, ya que deben considerarse otros factores como son la dinámica familiar, las relaciones con otros niños, el rendimiento escolar, la situación socioeconómica familiar y el entorno social.

Este complejo sistema exige la colaboración de profesores, psicólogos y trabajadoras sociales con el clínico.

Existen diferentes modelos de intervención terapéutica: tratamiento ambulatorio, hospitalización o ingreso en residencias. Así pues el tratamiento debe tener un carácter multidisciplinario y encaminarse a disminuir la impulsividad e irritabilidad, reforzar los sentimientos de seguridad y una imagen personal adecuada del niño, favorecer la

expresión verbal de los conflictos, mejorar los déficits específicos del aprendizaje y mostrar al adolescente el sufrimiento que generan en los demás sus conductas desajustadas.

Los tratamientos más frecuentes son terapias comunitarias, entrenamiento de los padres, terapia familiar, entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas y tratamiento farmacológico, este último impartido por el neurólogo pediatra o bien por el paidopsiquiatra, a quienes se adjudica la facultad para hacerlo ya que se encuentran más habituados que el pediatra general con el uso de estos fármacos. El terapeuta interviene a juicio del neurólogo pediatra o bien del paidopsiquiatra.

### **TERAPIA COMUNITARIA**

El objetivo principal de este modelo terapéutico es evitar la estigmatización de los pacientes e integrarlos en los grupos de niños sanos. Entre las actividades que se promueven destacan los juegos, deportes, música y talleres ocupacionales. Estos programas benefician al niño proporcionando incentivos para la conducta social adecuada y ofreciendo escapes adecuados para sus energías y ambiciones. Tienen la ventaja de que permiten en tratamiento de un gran número de pacientes, aunque deben ser adaptados a las necesidades de cada niño en particular, ya que solo resultan eficaces si en paciente se muestra interesado por la actividad.

Existen varios estudios que evalúan los resultados de esta intervención terapéutica como positivos, como tras la finalización de la terapia como en un seguimiento en un año tras la misma o en un seguimiento de tres años.

El éxito del tratamiento está en función de dos factores claves: 1) La experiencia previa y capacidad del personal que debe ser seleccionado cuidadosamente y 2) La presencia de compañeros no patológicos en los grupos.

El terapeuta comienza por obtener la confianza de los padres, informarles sobre la naturaleza de la mala conducta de su hijo, disipar los sentimientos de culpabilidad y averiguar las fuentes de ansiedad paternas, tratando de eliminarlas.

## **ENTRENAMIENTO DE LOS PADRES**

Es uno de los recursos más utilizados, apoyado por numerosos estudios.

Las actitudes educativas de los padres y el tipo de interacción que establecen con el hijo contribuyen en muchos casos a la instauración y afianzamiento de los trastornos de conducta. Los padres tienen a abusar del castigo y al mismo tiempo carecen de una actitud firme y coherente frente al comportamiento del hijo. Critican su conducta, formulan juicios negativos, caen en explosiones de violencia y ponen castigos desmesurados que luego no cumplen.

Es fundamental que los padres entiendan que la autoridad, la firmeza y la coherencia son actitudes educativas imprescindibles para ayudar al niño.

Se entrena a los padres en el manejo de situaciones graves como conductas destructivas o estallidos de cólera y en situaciones más leves como la desobediencia, peleas y actitudes burlescas. El método instruye a los padres en el uso del refuerzo positivo para conductas ajustadas y del castigo leve, no violento en el caso de infracciones ( pérdida de privilegios, disminución del tiempo de recreo... ).

Este método es eficaz, sobre todo para los padres de preadolescentes y cuando el programa tiene una duración de 50 horas como mínimo. Los dos factores claves para el éxito del tratamiento son: 1) La motivación paterna para la cumplimentación del tratamiento y para traspasar lo aprendido en las sesiones de terapia a las situaciones en las que sus hijos muestran conductas agresivas y desajustadas, y 2) La adecuación de

las expectativas paternas a las posibilidades reales del hijo, con tolerancia a las situaciones en las que el grado de desafío del niño sea muy elevado y la capacidad para percibir oportunidades que sean susceptibles de un refuerzo positivo.

## **TERAPIA DE FAMILIA**

Se han desarrollado una gran variedad de técnicas de intervención familiar sin embargo no están avaladas por estudios rigurosos. En líneas generales esta intervención tiene como objetivo la modificación de los patrones desadaptativos de interacción y comunicación entre los miembros de la familia. Entre estos patrones se incluyen la falta de apoyo, culpabilización y aislamiento de un miembro concreto. La colaboración de la familia no es siempre una tarea fácil, ya que en muchos casos se trata de padres con nivel económico, social y cultural deficientes, que padecen a su vez trastornos psiquiátricos y en ocasiones ni siquiera existe familia.

## **ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES Y RESOLUCION DE PROBLEMAS**

Es un método en auge durante la última década, fundamentado en la capacidad del niño para reconocer y resolver las situaciones conflictivas.

Mediante esta intervención se potencian las habilidades sociales y la sensibilidad interpersonal de los pacientes con trastornos conductuales. Es un proceso activo en el que el terapeuta ayuda al paciente a resolver conflictos reales o simulados analizando los problemas con el objetivo de desarrollar una variedad de soluciones alternativas. A través de técnicas de lectura o reportajes reales, los niños progresivamente incrementan

su repertorio de respuestas socialmente adecuadas. Obviamente para un resultado beneficioso es necesaria una actitud colaboradora por parte del paciente.

Tanto el entrenamiento paterno como los grupos de habilidades sociales y de resolución de problemas son técnicas complementarias y la combinación de las mismas en el tratamiento de estos trastornos ha demostrado ser muy eficaz.

## **TRATAMIENTO FARMACOLOGICO**

El uso de medicación está indicado cuando en el contexto del trastorno de conducta existen síntomas susceptibles de mejoría con fármacos psicoactivos, siendo las indicaciones específicas cuando: 1) la magnitud del problema lo justifica, 2) las terapias no son suficientes, 3) se requiere tratamiento farmacológico y terapia individual o familiar.

Es el neurólogo pediatra o el psiquiatra el especialista indicado para dar el tratamiento farmacológico ya que se encuentra más habituado con el uso de estos medicamentos, sin embargo el pediatra general continua siendo el principal eje de seguimiento del paciente

### **Neurolepticos**

Los antipsicóticos son eficaces en el control de algunos síntomas del trastorno de conducta como la agresividad y violencia. Entre el gran número de neurolepticos que pueden ser utilizados el haloperidol es el más estudiado en niños y adolescentes.

La dosis aconsejada es de 4 a 16 mg / día. Presenta un gran número de efectos secundarios como sedación leve, afectación cognitiva, síntomas extrapiramidales y discinecias tardías. Debe prestarse atención a la posible aparición de acatisia, que

puede ser confundida con hiperactividad, ansiedad e irritabilidad y a los efectos acinéticos del neuroléptico, que pueden ser considerados como una respuesta clínica positiva. Debido a estos efectos adversos es aconsejables usarlos cuando exista una indicación clara y hallan fracasado otros fármacos y se retirarán cuando sea clínicamente posible.

### **Litio.**

Este tratamiento debe ser valorado en niños con alteraciones del comportamiento sobre un trastorno bipolar de base y en aquellos con trastornos conductuales que por sí mismos presenten conductas destructivas y de agresividad marcada.

El litio tiene una efectividad similar a la de los neurolépticos en la mejoría de la agresividad e interfiere menos en el funcionamiento diario del paciente siendo más seguro en cuanto a la aparición de efectos extrapiramidales. No obstante presenta efectos secundarios a nivel endocrinológicos, renal, neuromuscular y hematológico.

### **Otros fármacos.**

Los **anticonvulsivantes** están claramente indicados en el tratamiento de los niños con problemas conductuales en los que se detectan disfunción del lóbulo temporal u otras formas de epilepsia.

También han demostrado ser eficaces en algunos pacientes sin anomalías electroencefalográficas. El fármaco más utilizado de éstos es la carbamacepina.

Los **antidepresivos** son beneficiosos en los casos en los que existe sintomatología afectiva junto a los trastornos conductuales.

Por último en **propranolol** también ha sido utilizado con éxito en el control de la impulsividad y conductas explosivas. (3)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes*. España, 1996 Ed. Panamericana.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación de la CIE - 10 De los Trastornos Mentales y del comportamiento en Niños y Adolescentes*. España, 1996. Ed. Panamericana.
3. Mardomingo Sanz MJ. *Psiquiatría del niño y el adolescente* Editorial Díaz. 1ª edición, 1999.
4. Ezpeleta L, Granero R, De la Osa N. y cols. Predictors of Functional Impairment in Children and Adolescents. *J. Child Psychol. Psychiat.* 2000; 41:6. 793 - 801.
5. Ouvrier R, Hendy J, Bornholt L. y cols. SYSTEMS: School - Years Screening Test for the Evaluation of Mental Status. *Journal of Child Neurology.* 1999; 14: 12. 772 - 780.
6. Jin H, James I. Emotional and Behavioural Problems in Primary School Children from Nuclear and Extended Families in Korea. *J. Child Psychol. Psychiat.* 1998; 39: 7. 973 - 979.
7. Brand A, Brinich P. Behavior Problems and Mental Health Contacts in Adopted, Foster and Nonadopted Children. *J. Child Psychol. Psychiat.* 1999; 40:8. 1221 - 1229.
8. Liu X, Guo C, Okawa M. y cols. Behavioral and Emotional Problems in Chinese Children of Divorced Parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry.* 2000;39:7.
9. Chavira V, López S, Blacher J. y cols. Latin Mothers' Attributions, Emotions, and Reactions to the Problem Behaviors of their Children with Developmental Disabilities. *J Child Psychol. Psychiat.* 2000; 45:1 245-251.

10. Tratado de Fisiología Médica. Guyton A C, Hall J E. Novena Edición. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill.
11. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Gudman G A, Hardman J G. Novena Edición, Vol. 1 Editorial Interamericana Mc Graw-Hill.
12. Post D, Carr C, Weigand J. Teenagers: Mental Health and Psychological Issues. *Primary Care; Clinics in Office Practice*. 1998; 25:1 181-192.
13. Majnemer A, Roseblatt B. Prediction of Outcome at School Age in Neonatal Intensive Care Unit Graduates Using Neonatal Neurologic Tools. *Journal of Child Neurology*. 2000;15:10. 645 - 651.
14. Fagan E, Taylor M, Logan W. Somatosensory Evoked Potentials: Part II. A Review of the Clinical Applications in Pediatric Neurology. *Pediatr Neurol* . 1987; 3: 189 - 196
15. Kaplan S, Labruna V, Pelcovitz D. Physically Abused Adolescents: Behavior Problems, Functional Impairment, and Comparison of Informants' Reports. *Pediatrics* 1999; 104:1. 43-48.
16. Najman J, Williams G, Nikles J. Mothers' Mental Illness and Child Behavior Problems: Cause-Effect Association or Observation Bias?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39:5.
17. Wolke D, Woods S, Bloomfield L. The Association between Direct and Relational Bullying and Behavior Problems among Primary School Children *J. Child Psychol. Psychiat*. 2000; 41:8. 989-1002.
18. Pelkonen M, Marttunen M, Laippala P. Factors Associated With Early Dropout From Adolescent Psychiatric Outpatient Treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39:3.
19. Leon S C, Lyons J, Miller N. Evaluating the use of Psychiatric Hospitalization by Residential Treatment Centers. *Journal of the American Academy of Child*



- and Adolescent Psychiatry* 2000; 39:12.
20. Trimble M, Bolwing T. *The Temporal Lobes and the Limbic System*. Ed. Wrihston Biomedical Publishing Ltd. 1992.
21. Charles J H, Chairperson R D, Gerald B y cols. Clinical Practice Guideline and Evaluation of the Child UIT Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2000; 105:5. 1158-1169.