

Trastornos del comportamiento

P.J. Rodríguez Hernández

Pediatra, Psiquiatra de Niños y Adolescentes y Psicólogo. Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa". Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife



Resumen

Los dos tipos más frecuentes de problemas de comportamiento son: el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial. Son unas de las causas de consulta pediátrica de etiología no somática más frecuentes. Los síntomas más importantes incluyen: comportamiento desafiante, oposicionismo a las figuras de autoridad, excesiva argumentación o agresiones físicas. Esas conductas producen situaciones de conflicto con adultos e interfieren en el rendimiento escolar o en las relaciones familiares y en el grupo de iguales. La detección precoz mejora el pronóstico y reduce la comorbilidad. Es preciso realizar un tratamiento multidisciplinar. Los niños y adolescentes se benefician con frecuencia de varios métodos terapéuticos utilizados conjuntamente: tratamiento psicológico (terapia cognitivo conductual), entrenamiento de padres y tratamiento farmacológico. En el presente artículo, se desarrollan los aspectos más importantes sobre la etiología, diagnóstico y tratamiento de los trastornos del comportamiento en la infancia.

Abstract

The two most common forms of disruptive behaviour disorders are oppositional defiant disorder and conduct disorder. They are one of the main non-somatic reasons for consultation in paediatrics. The main symptoms involve behaviours such defiant or resentment to authority, excessive argumentativeness or physical aggression. These behaviours lead to so many conflicts with adults and others and interfere with school performance or family and peer relationships. The early detection improves the prognosis and reduces morbidity. Multidisciplinary treatment is required. Children or adolescents often benefit from a range of treatments methods used in combination: Psychological intervention (behavioral and cognitive therapy), parent training and pharmacological treatment. This current article develops the main basis about aetiology, diagnosis and treatment of the behaviour problems in childhood.

Palabras clave: Trastornos de conducta; Salud mental; Niños; Adolescentes.

Key words: Conduct disorder; Mental health; Children; Adolescents.

Pediatr Integral 2017; XXI (2): 73–81

Introducción

Los trastornos del comportamiento constituyen una de las causas más frecuentes de consulta por causas psicológicas en Pediatría de Atención Primaria.

Los trastornos del comportamiento (TC) son: el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno disocial (TD). Constituyen una de las causas más frecuentes de consulta en el pediatra y en las unidades de salud mental de la infancia y la adolescen-

cia. Los síntomas principales abarcan un espectro de conductas relacionadas con: el desafío a personas de autoridad, oposicionismo a normas, irritabilidad, enfados frecuentes que pueden llegar a producir agresiones a personas, destrucción de objetos y propiedades, robos o incumplimientos graves de normas sociales. Es necesario considerar la temporalidad y estabilidad de los síntomas para establecer el diagnóstico, ya que no son infrecuentes situaciones de expresión de dichas conductas en

momentos puntuales, generalmente como reacción a un proceso de adaptación. Además de la sintomatología nuclear que presentan los pacientes con este diagnóstico, es importante evaluar el grado de disfunción asociada en todas las áreas de desarrollo: escolar, familiar, social o personal. Un diagnóstico precoz e intervención adecuada disminuye el riesgo de comorbilidad y cronificación del cuadro clínico. Cuando no se detecta a tiempo, los TC producen un incremento en el consumo

de recursos sanitarios y de servicios sociales, jurídicos o educativos⁽¹⁾.

Existen muchas circunstancias que pueden derivar en trastornos comportamentales. Entre ellas, la más frecuente es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los trastornos del ánimo o los trastornos de ansiedad. En un alto porcentaje de las ocasiones, es necesario un adecuado diagnóstico diferencial y la consideración de las situaciones de comorbilidad para establecer el adecuado plan terapéutico⁽²⁾.

Epidemiología

La prevalencia es muy elevada, siendo más frecuente en niños que en niñas.

Los estudios indican una prevalencia global de entre el 3 y el 7%. Estas cifras implican una elevada probabilidad de que en una consulta de Pediatría de Atención Primaria, uno de cada 15 pacientes presente un TC. Supone la principal causa de consulta en los servicios de salud mental infantil y juvenil, junto con el TDAH, y es un motivo frecuente de consumo de recursos en educación y en los dispositivos dependientes de servicios sociales.

En cuanto a la prevalencia por sexo y edad, los resultados de los estudios indican que, por debajo de los 10 años, el porcentaje de TC oscila entre el 4 y 7% de niños y entre el 2 y el 3% de niñas. En este periodo, es más frecuente el TND. En la adolescencia, el porcentaje global disminuye, situándose entre el 1,5 y el 3,5 y con menor diferencia entre niños y niñas. En la adolescencia, es más frecuente el TD. Es necesario tener en cuenta que, aunque en la infancia el TD no es frecuente, cuando aparece se incrementa la probabilidad de que la sintomatología en la adolescencia sea más grave y que se desarrolle un trastorno antisocial en la edad adulta^(3,4).

Aunque en todos los estudios, la prevalencia es superior en niños, algunos datos indican que determinados síntomas con menos componente físico o externalizante, como las amenazas y el daño en las relaciones sociales, podría ser más frecuente en y entre mujeres.

La prevalencia es mayor en estratos socioeconómicos más desfavorecidos, aunque en los últimos años la diferencia con otros estratos tiende a igualarse. También, se observa más frecuencia de aparición de TC en zonas urbanas en comparación con zonas rurales.

Etiopatogenia

No existe una única causa para la aparición de los trastornos de comportamiento. Habitualmente, se debe a una suma de factores temperamentales y genéticos, y variables sociofamiliares y del entorno.

Se ha intentado encontrar marcadores neurobiológicos que permitan ayudar a sistematizar o diagnosticar los TC. Los distintos estudios incluyen investigación en factores hormonales y bioquímicos, neurológicos mediante estudios de neuroimagen y volumétricos, y neurofisiológicos. Sin embargo, ninguno de ellos ha demostrado especificidad para los TC.

Probablemente, la etiopatogenia depende de la interacción entre múltiples variables que se potencian o modulan. Las más importantes son^(5,6):

- **Sexo:** los estudios indican una mayor frecuencia de los TC en el sexo masculino. Los niños presentan mayor prevalencia de TND y TD en todas las edades, con síntomas más graves y aparición en edades más tempranas.
- **Factores temperamentales:** se ha asociado la presencia de TC con algunas variables del temperamento. Algunas de ellas, son: la reactividad, patrón de temperamento consistente en la elevada respuesta a los estímulos del medio de características disfuncionales, o la escasa cordialidad, que está relacionada con las dificultades en empatizar.
- **Genética:** se ha demostrado la asociación genética mediante estudios en gemelos monocigóticos y dicigóticos. No se ha identificado ningún gen concreto; por lo que, probablemente, el efecto aparece por la interacción de muchos genes entre sí y de estos con los factores ambientales.

- **Variables sociofamiliares y estilos educativos:** es importante la influencia etiopatogénica de la presencia de conducta disocial o delincuente en los padres, disciplina familiar dura o inconsistente, consumo de drogas por parte de las amistades o haber padecido abuso sexual. Además, también influyen determinados estilos educativos, tales como: la escasa monitorización de las conductas de los hijos o el bajo nivel de involucración positiva.

Clínica

La sintomatología cubre un espectro de menor a mayor gravedad: desde oposiciónismo a las normas establecidas hasta agresiones graves a personas y violencia grave.

El TND presenta una sintomatología consistente en un patrón de conducta con actitud desafiante, venganzas y enfado con irritabilidad, que dura, al menos, 6 meses y que se expresa en la interacción con las personas de su entorno. Puede incluir: la pérdida de la calma, la tendencia a sentirse molesto, la presencia de enfados y discusiones con figuras de autoridad, como padres o profesores, el desafío o molestar deliberadamente. También, se puede observar tendencia a la venganza o rencor. Esos síntomas deben ser clínicamente significativos; es decir, que produzcan malestar en la persona o los que lo rodean y no se justifiquen por la presencia de un trastorno mental que los desencadena.

En cuanto al TD, los síntomas se caracterizan por una violación y vulneración de los derechos de las otras personas, así como normas de convivencia y/o reglas socialmente aceptadas para su edad, siendo estos comportamientos inmanejables por personas cercanas al individuo sintomático, lo que provoca un deterioro progresivo y significativo en el ámbito interpersonal, relacional y laboral⁽⁷⁾. Hay que prestar especial atención a las agresiones a personas y animales (violencia, uso de armas, tortura...), destrucción de la propiedad y provocación de incendios, robo o fraudulencia (sin comportamientos agresivos) y violaciones graves de las

normas. Se producen con frecuencia actos agresivos que molestan a otras personas. Además, hay que señalar que causa dolor y sufrimiento a los demás, así como estilos de vida empobrecidos en quienes lo padecen.

Los TC pueden asociarse a otros problemas, generalmente cuando el diagnóstico y la intervención se realizan de manera tardía o cuando existen muchos factores de riesgo asociados. Los más importantes son: el fracaso escolar y laboral o el consumo de tóxicos.

Por último, en la evolución de los síntomas, inciden algunas variables que empeoran el pronóstico a largo plazo. Las más importantes son: la temprana edad de aparición de los síntomas, la expresión de los síntomas en varios contextos y una elevada frecuencia e intensidad de las dificultades.

Factores de riesgo en los trastornos del comportamiento

Para un adecuado diagnóstico precoz, es importante conocer las situaciones que constituyen un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos del comportamiento.

Determinadas condiciones suponen un factor de riesgo para desarrollar trastornos del comportamiento. Es importante que el pediatra de Atención Primaria conozca los más frecuentes, ya que puede ayudar a identificar a la población de riesgo. Una adecuada observación de la población de riesgo es el primer paso para establecer el diagnóstico precoz. Los factores de riesgo más importantes son⁽⁸⁾:

1. *Circunstancias de la concepción, embarazo y perinatales*: embarazo en la adolescencia, hijos no deseados, hijos concebidos en violaciones, embarazo de riesgo médico, enfermedades graves de la madre o el feto, conductas y situaciones de riesgo prenatal, como el consumo de drogas y los problemas laborales y ambientales durante el embarazo, prematuridad y sufrimiento fetal.
2. *Características de la familia*: padres muy jóvenes o muy mayores, conflictos graves y crónicos de pareja, familias monoparentales,

enfermedades crónicas, invalidantes o graves en varios miembros de la familia y presencia de trastornos psiquiátricos severos, entre los que cabe destacar: los trastornos delirantes y la esquizofrenia, trastornos depresivos mayores, intentos de suicidio, trastornos graves de personalidad y abuso de drogas. También, es importante la existencia de malos tratos y la falta de contacto afectivo y lúdico.

3. *Situaciones traumáticas puntuales*: tales como: muerte de uno de los padres o un hermano, separación de los padres u hospitalización prolongada. En definitiva, cualquier cambio importante en el entorno del niño.
4. *Factores relacionados con los patrones educativos familiares*: padres con importantes problemas de tolerancia por las crisis de la infancia y adolescencia, padres que no aceptan la autonomía progresiva de sus hijos o choques relacionales destructivos o con violencia reiterados entre un progenitor y el hijo.
5. *Circunstancias socioeconómicas adversas de la familia*: familias aisladas socialmente, cambios de residencia repetidos o paro sin subsidio de varios miembros de la familia. También influyen las variables culturales.
6. *Antecedentes de trastornos mentales en el niño*: trastornos de la alimentación, como: anorexia, bulimia, dietas restrictivas y ritualizadas. Trastornos de ansiedad: presencia de fobias, obsesiones y compulsiones, crisis de angustia. Manifestaciones somáticas de trastornos emocionales: existencia de quejas sobre dolor de cabeza, cefaleas, abdominalgias, náuseas y vómitos. Otros cuadros psiquiátricos definidos: depresión, ideas de suicidio, drogodependencia y/o abusos de drogas, presencia de alucinaciones/delirios.
7. *Problemas con la justicia*: adolescentes con medidas judiciales, delincuencia y contactos repetidos con la fiscalía de menores.

Ninguna de estas características, ni otras recogidas en otros estudios, son,

por sí mismas, predictoras del desarrollo presente o futuro de un trastorno de conducta, pues también existen factores personales y sociales que pueden hacer que la evolución sea favorable. Por último, reseñar que la acumulación de factores de riesgo incrementa la probabilidad de aparición de trastornos de conducta.

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la clínica. No existen pruebas complementarias que permitan establecer el diagnóstico, aunque algunos instrumentos como los test y los cuestionarios pueden ayudar en el proceso.

Para establecer el diagnóstico de TND o TD, es necesario que los síntomas cumplan los criterios que se establecen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM 5). En las tablas I y II, se muestran los criterios diagnósticos para el TND y TD⁽⁹⁾.

Como aclaración, es necesario comentar que al TD se le denomina trastorno de conducta en la traducción reglada del DSM 5 al idioma español. En la presente revisión, se ha preferido la denominación de trastorno disocial, debido a que puede generar confusión con el título del tema (“Trastornos del comportamiento”).

Una de las cuestiones que presenta esta novedosa quinta edición, con respecto a la anterior, es que el TND y el TD pasan de situarse en una categoría diagnóstica acompañando al TDAH y denominada “trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador”, a un nuevo epígrafe, denominado “trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta”. En el mismo, figuran las siguientes entidades: TND, TD, trastorno explosivo intermitente, trastorno de la personalidad antisocial, piromanía y cleptomanía. Por su parte, el TDAH pasa a situarse en la categoría diagnóstica de los trastornos del neurodesarrollo.

En el proceso diagnóstico, es importante una adecuada anamnesis y entrevista clínica que ayude a delimitar y describir la sintomatología presente, además de la observación en la consulta.

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

- A. Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos 6 meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano
- Enfado/irritabilidad**
1. A menudo pierde la calma
 2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad
 3. A menudo está enfadado o resentido
- Discusiones/actitud desafiante**
4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes
 5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas
 6. A menudo molesta a los demás deliberadamente
 7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento
- Vengativo**
8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses
-
- B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo), o tiene un impacto negativo en las áreas: social, educativa, profesional y otras importantes
-
- C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de: un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
-
- Especificar la gravedad actual:
- Leve: los síntomas se limitan a un entorno (p. ej.: en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros)
 - Moderado: algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos
 - Grave: algunos síntomas aparecen en tres o más entornos

Tabla II. Criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno disocial

- A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otro, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:
- Agresión a personas y animales**
1. A menudo acosa, amenaza o intimida a otros
 2. A menudo inicia peleas
 3. Ha usado un arma que puede causar serios daños a terceros (p. ej.: un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma)
 4. Ha ejercido la crueldad física contra personas
 5. Ha ejercido la crueldad física contra animales
 6. Ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej.: atraco, robo de un monedero, extorsión, robo a mano armada)
 7. Ha violado sexualmente a alguien
- Destrucción de la propiedad**
8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves
 9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio de fuego)
- Engaño o robo**
10. Ha invadido, la casa, edificio o automóvil de otra persona
 11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej., “engaña” a otras personas)
 12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión, falsificación)
- Incumplimiento grave de las normas**
13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años
 14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso, mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez sí estuvo ausente durante un tiempo prolongado.
 15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años
-
- B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas del funcionamiento social, académica o laboral
-
- C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial
-
- Especificar si:
- Tipo de inicio infantil: los individuos muestran por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años
 - Tipo de inicio adolescente: los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno de la conducta antes de cumplir los 10 años
 - Tipo de inicio no especificado: se cumplen los criterios del trastorno de conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad

Existen test y cuestionarios que pueden ayudar en delimitar y definir aspectos, como: gravedad, intensidad o frecuencia de los hallazgos clínicos. Algunos de ellos son:

- El Cuestionario de Cualidades y Dificultades⁽¹⁰⁾: detecta probables casos de trastornos mentales y del comportamiento en niños de 4 a 16 años. Es el instrumento de cribado más utilizado en el mundo. El cuestionario se puede conseguir, de manera gratuita, en la página web: www.sdqinfo.com. Consta de 25 ítem que se dividen en 5 escalas de 5 ítems cada una. Cuatro escalas miden conductas problemáticas. Dichas escalas hacen referencia a: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con compañeros. La quinta escala hace referencia a los comportamientos positivos: escala de conducta prosocial.
- Inventario Eyberg de comportamiento (IECN): el IECN puede resultar muy útil como medida para identificar problemas de comportamiento en niños de 2 a 12 años. El inventario consta de 36 elementos, donde se describen comportamientos generales que constituyen las quejas más frecuentes formuladas en las consultas de Pediatría.
- Las Escalas de Conners: valoran comportamiento, atención, hiperactividad y aprendizaje. Algunas de ellas son cuestionarios breves muy útiles en Pediatría de Atención Primaria por la facilidad de administración y corrección. Las escalas de Conners son las más utilizadas para el cribado del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y de problemas de conducta en la infancia.

Diagnóstico diferencial

Existen otros trastornos de las emociones y de la conducta que pueden generar alteraciones en el comportamiento.

Es importante descartar, en primer lugar, variaciones de la normalidad. Además, los criterios diagnósticos de los trastornos del comportamiento incluyen elementos subjetivos del tipo “a menudo discute con los adultos”. Es

importante indagar lo que significa “a menudo” para los informantes (padres, etc.), antes de admitirlo como síntoma.

El diagnóstico diferencial se establece con otros trastornos que se expresan con síntomas conductuales, como el TDAH o los trastornos del ánimo⁽¹¹⁾.

- TDAH: un niño con TDAH puede presentar problemas conductuales importantes derivados de la impulsividad que acompaña al cuadro. Además, hasta el 40% de los niños con TDAH presentan TND en situación de comorbilidad. En el TDAH, los problemas se encuentran en todos los contextos, y los síntomas conductuales derivados de la impulsividad suelen ser más leves y más anárquicos (no siguen un patrón definido) que los que se observan en los trastornos del comportamiento.
- Los trastornos del ánimo, como la depresión o el trastorno bipolar, pueden presentar irritabilidad como síntoma principal, en lugar de ánimo triste, que aparece con más frecuencia en el adulto.
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo: es una nueva categoría diagnóstica en el DSM 5. El síntoma central es una irritabilidad crónica, grave y persistente.
- En otros trastornos psiquiátricos graves, como la esquizofrenia o los trastornos de ansiedad grave, pueden existir problemas de comportamiento. También, en el retraso psicomotor, trastornos del desarrollo o enfermedades orgánicas, como alteraciones metabólicas, degenerativas o genéticas.

Tratamiento

El tratamiento de los TC debe ser multimodal, básicamente a través de la psicoterapia cognitiva y conductual, entrenamiento de padres y profesores y, en los casos graves, farmacológica.

Se denomina multimodal, debido a que es necesaria la intervención mediante distintas modalidades terapéuticas. El tratamiento principal es la psicoterapia cognitiva y conductual. Las

estrategias conductuales han demostrado su efectividad en la reducción de las conductas-problema y en la mejoría de los síntomas del comportamiento. También, es necesario el entrenamiento de padres, educadores y maestros en técnicas de modificación del comportamiento y resolución de conflictos. Debe existir una adecuada coordinación entre todos los profesionales implicados. La utilización precoz de estas medidas mejora el pronóstico. La aplicación de las medidas psicológicas se realiza en todos los contextos del niño: escolar, familiar y social. Es preciso analizar las variables que inciden en el comportamiento, como: la edad, el nivel de desarrollo o las características familiares, para poder establecer un adecuado plan terapéutico adaptado a las necesidades reales^(12,13). El tratamiento farmacológico, principalmente mediante neurolépticos atípicos, se debe reservar para situaciones en las que la expresividad de los síntomas o la evolución del cuadro clínico lo requieran. En los casos más graves, es necesario recurrir a otras medidas, como el internamiento en centros terapéuticos especializados en trastornos conductuales.

Terapia psicológica

La psicoterapia cognitiva y conductual es la más efectiva en los TC. Para su aplicación, es necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- La psicoterapia se debe aplicar de manera continua. No se pueden establecer descansos (p. ej., los fines de semana), ya que suponen un retroceso en los logros.
- Es necesario una minuciosa coordinación sobre las pautas utilizadas, para aplicarlas en todos los entornos (escolar, en casa, etc.). De nada sirve que se aplique una técnica en un sitio y no en otro, por lo que todos los implicados deben estar informados.
- No existen programas de intervención universales. Hay que evaluar los problemas del niño de manera individual, priorizando las actuaciones sobre aquellos problemas más importantes. Programas iguales aplicados sobre niños con síntomas similares pueden producir efectos contrarios, por lo que hay

que reevaluar de manera periódica la efectividad de la intervención.

- Hay que tener en cuenta que estamos realizando un aprendizaje, no un castigo. Siempre aclarar al niño que le damos disciplina y que no significa que no tengamos cariño por él.

La **psicoterapia conductual** se basa en una serie de estrategias encaminadas a favorecer los comportamientos positivos y a disminuir los comportamientos problemáticos⁽¹²⁾. Utilizando varias simultáneamente, se incrementa la probabilidad de establecer la modificación en la conducta problemática. Son herramientas útiles y de relativamente fácil aplicación por parte de padres y educadores.

Antes de su aplicación, se debe establecer un registro de conductas de la manera que se prefiera (que los padres traigan escrito en una hoja los problemas que aparecen a lo largo del día, que el profesor escriba en la agenda escolar las conductas disruptivas, etc.). En dicho registro, se debe especificar:

- Las características de la conducta anómala y todas sus particularidades importantes.
- La intensidad de los síntomas, incluyendo:
 - Su consistencia.
 - La frecuencia.
 - La expresión de los síntomas en relación con el entorno. En que situaciones empeoran o mejoran.
 - La evolución a lo largo del tiempo.

Las principales técnicas conductuales son las siguientes:

1. Técnicas encaminadas a reducir conductas problemáticas:
 - **Extinción:** se basa en la ignorancia del comportamiento disruptivo. Se utiliza en situaciones en las que la atención del entorno ayuda a mantener la conducta problemática. Para su correcta aplicación, se debe seleccionar el patrón de episodios disruptivos o explosivos que desencadenan situaciones de conflicto con educadores o familiares. Cuando se detecta el inicio de un episodio, se ig-

nora la conducta problemática que desarrolla el niño desde su comienzo. En los primeros ensayos, la conducta problemática puede aumentar, debido a que el niño entiende que ahora no se le presta atención, cuando antes era el centro de atención. A este proceso se le denomina “estallido de extinción”. Si se continúa realizando la extinción, a medida que se suceden los ensayos, los episodios disruptivos y explosivos tienden a disminuir.

- **Corrección:** se basa en la interposición de una señal u orden en el momento en el que el niño realiza la conducta disruptiva. Se puede utilizar, por ejemplo, la palabra “no” en los niños más pequeños. Se debe decir de manera firme, con seriedad en el rostro y con mirada fija. Para que el “no” surta efecto, previamente tenemos que estimular un estilo comunicativo propositivo en el entorno del niño. Esto significa que es crucial evitar la utilización de la palabra “no”, cambiando el sentido de los enunciados por su forma positiva. Por ejemplo, en lugar de decirle “no comas con las manos”, decir “come con el cubierto”, o en lugar de decirle “no les pegues a los demás niños”, decirle “quiere más a los demás niños”. Así, se reserva la palabra “no” para los momentos especialmente disruptivos.

2. Técnicas encaminadas a aumentar conductas positivas:

- **Economía de fichas:** consiste en registrar las conductas positivas del niño y, cuando se consiga un número de registros pactado entre el registrador y el niño, asociar un reforzador positivo. Por ejemplo, se registra en una hoja el día en el que el niño no presenta conductas desafiantes en su relación con la familia. Cada 10 registros, se le premia con una tarde en el cine.
- **Utilización de reforzadores:** los reforzadores son elementos que se asocian a una buena conducta para que se incremente la

probabilidad de su aparición. Pueden ser tangibles (un pequeño regalo asociado a la conducta positiva) o intangibles (una alabanza, una caricia). La utilización de reforzadores es más útil que el empleo de castigos. La utilización de castigos debe reservarse para los comportamientos disruptivos significativos. Para el empleo de castigos, es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Poca frecuencia y poca duración.
- El castigo se formula sin adjetivos descalificadores sobre la persona. En lugar de decir, por ejemplo, “eres malo por haber roto el jarrón”, se debe decir: “romper el jarrón está mal hecho”.
- Se debe añadir un componente emocional al comunicar el castigo. Por ejemplo, finalizar diciendo: “mamá y papá están muy tristes por ello, me siento mal con lo que ha ocurrido”.
- **Contrato de contingencias:** un contrato de contingencias es un documento que recoge los resultados de una negociación. Se establece por escrito después del periodo en el que el educador o familiar del niño o adolescente discuten sobre un tema sobre el que existen posturas distantes. Al finalizar la negociación, se plasma en el documento los resultados de la misma y se mencionan los objetivos y las concesiones que las dos partes han realizado. También, debe recoger las consecuencias de que alguna de las dos partes rompa el contrato. Al final, las dos partes firman el documento. Esta técnica es muy útil, especialmente en adolescentes.

La **psicoterapia cognitiva** son procedimientos encaminados a reestructurar los pensamientos del sujeto y así lograr cambios en su conducta. Comprende una serie de técnicas encaminadas a modificar los pensamientos, creencias o actitudes del paciente. Las

más importantes son las técnicas de autoinstrucciones, que consisten en autoverbalizaciones que sirven de instrucciones que el niño se va diciendo en voz baja para mejorar su comportamiento. Otras son los programas de autocontrol o de control del diálogo interno. A diferencia de la psicoterapia conductual, su utilización requiere de una serie de habilidades terapéuticas complejas. Por ese motivo, no se recomienda su utilización en terapeutas no experimentados.

Tratamiento farmacológico

Los psicofármacos se utilizan en TC graves, cronificados y cuando la respuesta terapéutica a la psicoterapia es escasa. No existe un tratamiento específico ni protocolos bien establecidos. Tampoco se conoce el mecanismo exacto por el cual el tratamiento farmacológico es útil en niños y adolescentes con TC⁽¹⁴⁾.

Las primeras experiencias en la utilización de psicofármacos en niños con problemas de comportamiento, se remontan a los años 50, cuando se utilizaron neurolépticos típicos en pacientes con retraso mental. No obstante, la primera revisión sistemática sobre el tema no se publica hasta finales de los 90, lo que traduce las dificultades en esta área.

Los psicofármacos que han mostrado efectividad son: los neurolépticos, los psicoestimulantes, la atomoxetina y los antiepilépticos.

Los neurolépticos atípicos a dosis bajas pueden disminuir el oposicionismo, las conductas desafiantes y la sintomatología disocial. El más estudiado en niños es la risperidona, aunque también se utilizan: la quetiapina, la olanzapina o el aripiprazol; si bien, no figura la indicación en ficha técnica. Con respecto a la risperidona, no existe una dosis óptima establecida, aunque se recomienda que en niños menores de 6 años se comience con 0,5 mg al día dividido en 2 tomas, mañana y noche, y que se vaya aumentando según respuesta y tolerancia hasta 1 mg al día. En niños mayores de 6 años, se puede llegar a 2-3 mg al día y, en adolescentes, hasta 5-6 mg al día. Existe presentación en solución, lo que

facilita la dosificación en los niños más pequeños. Los efectos secundarios suelen ser leves y bien tolerados. Los más frecuentes son la sedación y el incremento de peso⁽¹⁵⁾.

Los psicoestimulantes, como el metilfenidato o el dimesilato de lisdexanfetamina (los dos únicos comercializados en España), son útiles en la regulación de la impulsividad y favorecen el control inhibitorio y la autorregulación del comportamiento. Su efectividad es mayor cuando existe comorbilidad con el TDAH. La atomoxetina actúa de la misma manera que los psicoestimulantes, aunque su efectividad está menos demostrada en los trastornos del comportamiento.

Los antiepilépticos se han utilizado para regular las oscilaciones en el estado de ánimo, que pueden ir acompañadas de irritabilidad, y para controlar conductas impulsivas. Los resultados de su efectividad son contradictorios, aunque el fármaco que parece tener mayor utilidad es el divalproato.

Función del pediatra de Atención Primaria

Algunas de las funciones del pediatra de Atención Primaria en los TC son:

- Conocer los indicadores de riesgo y los síntomas propios del TND y TD para establecer un adecuado diagnóstico y un plan terapéutico de manera precoz.
- Planificar una adecuada coordinación con todos los agentes implicados: profesores, educadores, servicios sociales y judiciales.
- Utilizar las herramientas psicológicas y farmacológicas más útiles: psicoterapia conductual de manera precoz y, si es necesario, psicofármacos, principalmente risperidona.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1.*** Rodríguez PJ, Barrau VM. Trastornos del comportamiento. *Pediatr Integral*. 2012; 16: 760-8.

2.** Rey JM, Domínguez MD. Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno de Conducta. En: Soutullo C, Mardomingo MJ. *Manual de psiquiatría del niño*

y del adolescente. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 79-93.

3.*** Javaloyes A, Redondo A. Trastorno del comportamiento: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros problemas del comportamiento. En: Muñoz MT, Hidalgo MI, Clemente P, eds. *Pediatría Extrahospitalaria*. Madrid: Ergon S.A.; 2008. p. 721-25.

4.** Hendren RL, Mullen DJ. Trastorno disocial y trastorno negativista desafiante. En: Weiner JM, Dulcan MK, eds. *Tratado de psiquiatría de la infancia y adolescencia*. Barcelona: Masson S.A.; 2006. p. 511-30.

5.** Loeber R, Burke JD, Pardini DA. Development and etiology of disruptive and delinquent behavior. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009; 5: 291-310.

6.** Herreros O, Rubio B, Monzón J. Etiología y fisiopatología de la conducta agresiva. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2010; 27: 254-69.

7.** Castells P. Trastornos del comportamiento. En: del Pozo J, Redondo A, Gancedo MC, Bolívar V. *Tratado de Pediatría Extrahospitalaria*. Madrid: Ergon S.A.; 2011. p. 1321-25.

8.** Shelley EC, Kolko DJ. Predictors, moderators, and treatment parameters of community and clinical-based treatment for child disruptive behaviour disorders. *J Child Fam Stud*. 2015; 24: 734-48.

9.*** American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

10.** Rodríguez PJ, Betancort M, Ramírez GM, García R, Sanz EJ, De las Cuevas C. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *Int J Clin Health Psychol*. 2012; 12: 265-79.

11.* Lindhiem O, Bennet CB, Hipwell AE, Pardini DA. Beyond symptom counts for diagnosing oppositional defiant disorder and conduct disorder? *J Abnorm Child Psychol*. 2015; 43: 1379-87.

12.** Lochman JE, Powell NP, Boxmeyer CL, Jiménez-Camargo L. Cognitive-Behavioral Therapy for Externalizing Disorders in Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2011; 20: 305-18.

13.*** Leijten P, Melendez GJ, Knerr W, Gardner F. Transported versus homegrown parenting interventions for reducing disruptive child behavior: A multilevel meta-regression study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 55: 610-7.

- 14.** Ipser J, Stein DJ. Systematic review of pharmacotherapy of disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Psychopharmacol.* 2007; 191: 127-40.
- 15.** Vitiello B, Correll C, van Zwieten-Boot B, Zuddas A, Parellada M, Arango C. Antipsychotics in children and adolescents: Increasing use, evidence for efficacy and safety concerns. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2009; 19: 629-35.

Bibliografía recomendada

- Caballo VE, Simón MA. Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Madrid: Ed. Pirámide; 2005.

Se recogen las principales teorías psicológicas explicativas sobre su génesis y mantenimiento. Cuando muchas de estas circunstancias no son bien conocidas, las teorías psicológicas ayudan a su comprensión y asimilación. Este manual,

junto con el siguiente que se comenta, son los principales libros sobre psicología infantil publicados en España.

- Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M. Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. Madrid: Ed. Pirámide; 2001.

Es uno de los manuales más completos y sistemáticos sobre las distintas técnicas que existen para actuar sobre el comportamiento. Incluye ejemplos prácticos y varios capítulos sobre intervención cognitiva.

- Mojarro MD. El adolescente disocial. En: del Pozo J, Redondo A, Gancedo MC, Bolívar V. Tratado de Pediatría Extrahospitalaria. Madrid: Ergon S.A.; 2011. p. 1305-11.

Revisión de los aspectos más importantes del trastorno disocial en los adolescentes. Incluye una amplia descripción de factores de riesgo y

otros aspectos a tener en cuenta por parte del pediatra de Atención Primaria.

- Montenegro H. Los trastornos conductuales del niño. En: Grau A, Meneghelli J, eds. Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. Madrid: Panamericana; 2000. p. 488-94.

Este capítulo muestra un resumen de los aspectos más importantes de los trastornos del comportamiento. Se trata de una breve exposición de los aspectos esenciales, realizado de manera fácilmente comprensible. Una buena lectura para una primera aproximación.

- Zahrt DM, Melzer-Lange MD. Aggressive Behavior in Children and Adolescents. *Pediatrics Rev.* 2011; 32: 325-32.

Excelente revisión sobre los trastornos de conducta más graves y que incluyen comportamientos agresivos o disociales.

Caso clínico

Antonio, de 10 años de edad, acude a su pediatra con una cita programada para evaluar la progresión clínica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) que presenta desde los 6 años.

El diagnóstico de TDAH se realiza cuando el pediatra detecta, en una revisión rutinaria, la existencia de elementos hiperkinéticos e impulsivos en la consulta e indaga sobre el rendimiento escolar. En el momento del diagnóstico (6 años de edad), presenta dificultades para esperar una fila, se mete en los asuntos de los demás, se levanta mucho en clase, corre y salta en situaciones inapropiadas, habla mucho, tiene olvidos frecuentes de material escolar, no retiene indicaciones, no termina los deberes escolares y la profesora refiere que no presta atención en clase y le cuesta terminar las actividades. En la primera evaluación, ha suspendido 3 asignaturas. Se suman problemas conductuales leves, como peleas esporádicas con otros niños o no obedecer las normas dentro del aula. Para el proceso diagnóstico, el pediatra emplea, además de la anamnesis, la observación del niño en la consulta y una vez descartadas causas orgánicas, el test de Conners para padres y profesores y analiza los resultados de un informe psicopedagógico que realiza el centro escolar. En dicho informe, se menciona la existencia de importante déficit de atención, problemas de inhibición y dificultades de aprendizaje en el área del lenguaje (dislexia). El pediatra realiza el diagnóstico de TDAH subtipo combinado y comienza tratamiento con metilfenidato.

Entre los 6 y los 10 años, existe estabilidad sintomatológica. Se ha intentado suspender el tratamiento en 4 ocasiones, pero la sintomatología se reproduce. El rendimiento ha mejorado excepto en el área del lenguaje.

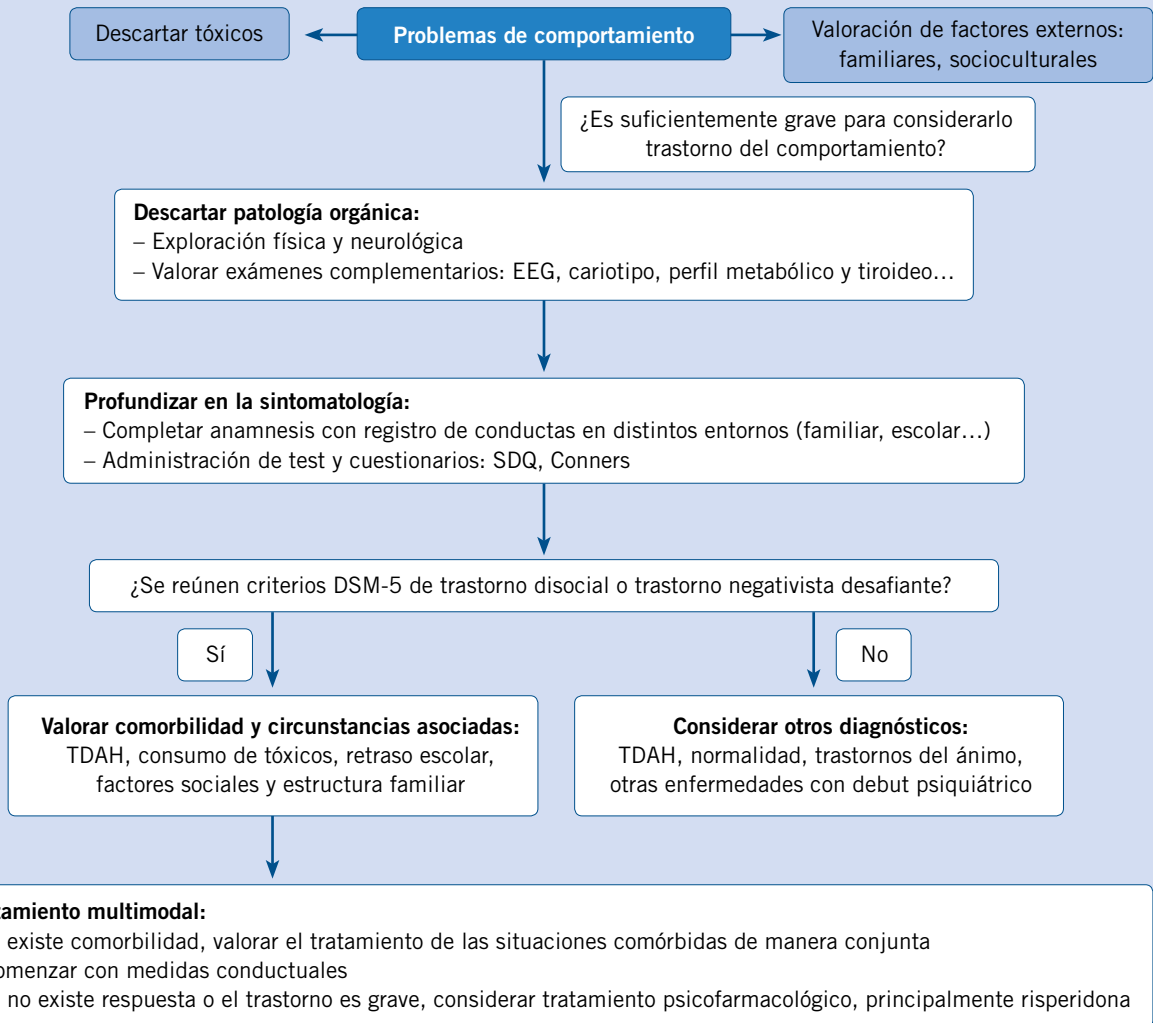
En la cita actual, a los 10 años de edad, la familia refiere estar preocupada por el comportamiento que Anto-

nio ha manifestado en los últimos 8-10 meses. Se constata un incremento de los problemas de conducta en el ámbito escolar. Las peleas, que eran muy espaciadas, han aumentado en frecuencia y existe desafío a las normas y órdenes del profesorado. En el entorno familiar, la negativa a seguir indicaciones se produce todos los días, se observan conductas desafiantes y retadoras y, en varias ocasiones, ha amenazado físicamente a su madre, aunque no se han producido agresiones. Los padres han acudido a un gabinete psicológico privado durante los últimos 6 meses en el que han participado en un programa de entrenamiento en técnicas de modificación de la conducta (establecer refuerzos positivos y cómo realizar los castigos, programa de economía de fichas, etc.). La intervención psicológica se realiza también en el aula después de varias reuniones entre la familia, los psicólogos y los profesores. Aunque se objetiva una mejoría de la sintomatología conductual después de iniciar la terapia, esta no alcanza el 10%.

El pediatra analiza la nueva situación y, después de descartar un proceso orgánico o consumo de tóxicos, añade al diagnóstico de TDAH el de trastorno negativista desafiante.

Ante las preguntas sobre el motivo del incremento de los problemas de comportamiento de Antonio que realiza su familia, el pediatra comenta que el patrón de conductas desafiantes y opositoras de más de 6 meses de duración, con importante significación clínica, se corresponde con el diagnóstico de trastorno negativista desafiante, el cual está presente en el 40% de los niños y adolescentes con TDAH. Aunque el tratamiento con metilfenidato ayuda a controlar la impulsividad generadora de las conductas perturbadoras, es importante aplicar las medidas conductuales tal y como se está haciendo y valorar añadir risperidona si los síntomas continúan aumentando.

Algoritmo. Orientación general para la intervención en los trastornos del comportamiento





Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Trastornos del comportamiento

1. Establezca la respuesta **FALSA** en relación al diagnóstico de los trastornos del comportamiento:
 - a. El diagnóstico es fundamentalmente clínico.
 - b. Antes de establecer el diagnóstico, hay que realizar una prueba de neuroimagen para descartar problemas neurológicos.
 - c. Existen test que ayudan en el proceso diagnóstico.
 - d. Existen clasificaciones internacionales de enfermedades en las que se encuentran incluidos los trastornos del comportamiento.
 - e. La observación del paciente en la consulta ayuda a establecer el diagnóstico.
2. Sobre la prevalencia del trastorno negativista desafiante, señale la respuesta **CORRECTA**:
 - a. Se desconoce en la actualidad, debido a las dificultades en el diagnóstico exacto.
 - b. Es mucho más elevada en niñas que en niños.
 - c. La prevalencia es muy baja, situándose entre el 0,1 y 0,2%.
 - d. Se estima en un 20-30%.
 - e. En general, los trastornos del comportamiento, entre los que se encuentra el trastorno negativista desafiante, constituyen una de las causas más frecuentes de consulta en salud mental infantil.
3. Señale la respuesta que considere **CORRECTA** con respecto a la clínica y el diagnóstico del trastorno negativista desafiante:
 - a. La clínica incluye agresión a personas y animales.
 - b. No existen clasificaciones internacionales que incluyan al trastorno negativista desafiante como un diagnóstico independiente.
 - c. La clínica no incluye molestar o desafiar a otras personas.
 - d. Para poder diagnosticarlo, es necesario que los síntomas estén presentes durante, al menos, 6 meses.
 - e. No es necesario que los síntomas oposicionistas y desafiantes causen malestar a las personas de su entorno ni que tengan un impacto negativo en los diferentes entornos.
4. Indique la respuesta **INCORRECTA** en relación al tratamiento psicológico de los trastornos del comportamiento:
 - a. El tratamiento psicológico es una modalidad terapéutica efectiva en los trastornos de comportamiento.
 - b. No suele ser efectiva en los niños con trastornos del comportamiento. Es preferible el empleo de psicofármacos.
 - c. El tratamiento psicológico permite mejorar las conductas problemáticas.
 - d. Se puede utilizar de manera conjunta con otras estrategias de intervención.
 - e. El tratamiento psicológico de elección es el cognitivo conductual.
5. Señale la respuesta **CORRECTA** sobre el tratamiento farmacológico de los trastornos del comportamiento:
 - a. El tratamiento farmacológico de elección es la risperidona.
 - b. Se debe utilizar desde el principio de los síntomas, aunque estos sean leves, para evitar la progresión del cuadro clínico.
 - c. Los tratamientos farmacológicos más utilizados son los tranquilizantes, tipo benzodiazepinas.
 - d. Cuando se usa tratamiento farmacológico, no se deben usar otros tratamientos psicológicos para que no interfieran.
 - e. Usar fármacos en los trastornos del comportamiento está contraindicado debido a que son problemas psicológicos, no psiquiátricos.

Caso clínico

6. Señale la respuesta **INCORRECTA** en relación al diagnóstico del paciente de la historia clínica:
 - a. El diagnóstico de TDAH está bien realizado, pero cuando se establece el diagnóstico de trastorno negativista desafiante, ya no existe el de TDAH.
 - b. No es necesario hacer pruebas neurológicas, como RM cerebral o EEG.

- c. Para establecer el diagnóstico, el pediatra se ha ayudado de la información que ha recabado en distintos entornos del niño.
 - d. Los diagnósticos realizados por el pediatra se fundamentan principalmente en datos clínicos.
 - e. El TDAH y el trastorno negativista desafiante pueden aparecer en situación de comorbilidad.
- 7. Sobre el tratamiento del paciente referido en el caso clínico, señale la respuesta CORRECTA:**
- a. No es posible realizar tratamiento psicológico junto a farmacológico, debido a que es contraproducente.
 - b. Es importante retrasar el tratamiento psicológico del trastorno negativista desafiante hasta que se compruebe la efectividad del farmacológico, que se debe instaurar primero.
 - c. Cuando se constata la existencia de TDAH y trastorno negativista desafiante en situación de comorbilidad, la intervención psicológica se debe iniciar de manera precoz.
 - d. La risperidona no es uno de los tratamientos farmacológicos indicados en el paciente del caso clínico.
 - e. El pediatra nunca debe comenzar tratamiento farmacológico ante casos como el descrito. Debería remitirlo a un especialista.
- 8. Señale la respuesta que considere CORRECTA en relación a la evolución del niño referido en la historia clínica:**
- a. No se debe informar a los padres de los diagnósticos establecidos, para no estigmatizar al niño.
 - b. No está indicada la intervención psicológica, ya que se debe confiar en el efecto beneficioso de los psicofármacos a medio plazo.
 - c. No es conveniente recabar información de la evolución de su comportamiento en todos los ámbitos en donde sea posible (colegio, familia...), porque aumentaría la confusión en relación a los síntomas que presenta.
 - d. No se ha comprobado que la psicoterapia conductual sea útil en pacientes como el descrito.
 - e. El fármaco de elección en el trastorno negativista desafiante es la risperidona.