



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Nº 139 -2021-DG-INSN

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 4 de Julio de 2021

Visto, el expediente con Registro DG-Nº6760 - 2021, que contiene el Memorando Nº 277-DEIDAEMNA-INSN-2021, con el cual se hace llegar la Guía Técnica: "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE", Elaborada por el Servicio de Salud Mental;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26342, Ley General de Salud, establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, los literales c) y d) del Artículo 12º del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA, contemplan dentro de sus funciones el implementar las normas, estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, y asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;

Que, con Memorando Nº 277-DEIDAEMNA-INSN-2021, el director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Atención en Medicina del Niño y del Adolescente remite a la Oficina de Gestión de la Calidad la "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE", elaborada por el Servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Salud del Niño;

Que, con Memorando Nº 588-2021-DG/INSN, de fecha 07 de junio de 2021, la Dirección General aprueba la "GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE", elaborada por el Servicio de Salud Mental; y autoriza la elaboración de la resolución correspondiente;

Con la opinión favorable de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Medicina del Niño y del Adolescente, el Departamento de Investigación, Docencia y Atención de Medicina Pediátrica, el Departamento de Investigación Docencia y Atención en Salud Mental y la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Salud del Niño, y;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado con Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA;





SE RESUELVE:



Artículo Primero. - Aprobar la "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE", que consta de (29) folios, elaborada por el Servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Artículo Segundo. - Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE" en la página web Institucional.



Regístrese, Comuníquese y Publíquese.



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Salud del Niño Breña

M.C. YSMAEL ALBERTO ROMERO GUZMAN
C.M.P. 27439 R.N.E. 4389
DIRECTOR GENERAL



YARG/CUD
DISTRIBUCIÓN:

- () DG
- () DA
- () DEIDAEMNA
- () DIDAMP
- () OEI
- () OAJ
- () OGC

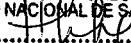


INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

**GUIA TÉCNICA
PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL
NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**

SERVICIO DE SALUD MENTAL

JUNIO 2021

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

DRA. HILDA M. SERPA SALAZAR
MEDICO PSIQUIATRA
JEFA DPTO. DE INVESTIGACION DOCENCIA
VETERINARIA Y ZOOLOGIA



INDICE

I.	FINALIDAD	3
II.	OBJETIVOS	3
2.1.	Objetivo General	3
2.2.	Objetivos Específicos	3
III.	AMBITO DE APLICACIÓN	3
IV.	NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10	4
V.	CONSIDERACIONES GENERALES	4
5.1.	DEFINICIÓN	5
5.2.	ETIOLOGÍA	5
5.3.	FISIOPATOLOGÍA	5
5.4.	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	6
5.5.	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	6
VI.	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	7
6.1.	CUADRO CLÍNICO	7
6.2.	DIAGNÓSTICO	8
6.2.1.	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	9
6.2.2.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	13
6.3.	EXÁMENES AUXILIARES	14
6.4.	MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA	15
6.4.1.	INTERVENCIONES PSICOSOCIALES	16
6.4.2.	INTERVENCIONES PSICOFARMACOLÓGICAS	18
6.4.3.	CURSO Y PRONÓSTICO	20
6.5.	COMPLICACIONES	20
6.6.	CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	20
6.7.	ANEXOS	21
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

GUIA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

I. FINALIDAD

La presente GUIA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE ha sido elaborada siguiendo la estructura de la Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del MINSA.

No pretende ser rígida y aplicable estrictamente a todas las situaciones, pues cada niño y adolescente debe ser evaluado individualmente; sin embargo, la necesidad de brindar una atención de calidad e integral, obligan a establecer ciertos parámetros de homogeneidad en el manejo clínico y tratamiento de los niños y adolescentes que presentan Trastorno de Conducta en el Instituto Nacional de Salud del Niño – Breña, a través de la sistematización de los procesos diagnósticos y terapéuticos. Así mismo, es recomendable que la presente guía sea revisada y actualizada periódicamente.

II. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GENERAL

Estandarizar los procedimientos técnicos y criterios clínicos básicos para el abordaje integral de los niños y adolescentes atendidos por Trastorno de Conducta.

A su vez, conocer y estandarizar el conocimiento respecto a la etiología, fisiopatología, aspectos epidemiológicos, factores de riesgo y cuadro clínico básicos que suponen los trastornos de conducta en los niños y adolescentes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Favorecer una intervención adecuada, teniendo en cuenta los estadios evolutivos del niño y adolescente y su relación con la familia.
- Establecer recomendaciones para el diagnóstico de un Trastorno de Conducta teniendo en consideración los criterios del CIE10.
- Apoyar a los profesionales a determinar el diagnóstico diferencial del niño y adolescente con Trastorno de Conducta.
- Establecer de manera práctica el manejo y terapéutica pertinentes para el tratamiento integral del Trastorno de Conducta en niños y adolescentes según las evidencias con mayor rigor científico.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía técnica es de aplicación principal en los servicios asistenciales de Psiquiatría y Salud Mental, pero también a los diversos Servicios de Hospitalización y Consulta Externa del Instituto Nacional de Salud del Niño – Breña

IV. NOMBRE Y CÓDIGO CIE10

Se encuentra dentro de los Trastornos Disociales, clasificados en los códigos del F91, que contienen:

- Trastorno disocial limitado al contexto familiar. (F91.0)
- Trastorno disocial en niños no socializados. (F91.1)
- Trastorno disocial en niños socializados. (F91.2)
- Trastorno disocial desafiante y oposicionista. (F91.3)
- Otros trastornos disociales. (F91.8)
- Trastorno disocial sin especificación. (F91.9)

V. CONSIDERACIONES GENERALES

Los Trastornos de Conducta (TC), como su nombre lo indica, son alteraciones en la conducta de las personas caracterizada por patrones repetitivos y persistentes de conducta antisocial, agresiva o desafiante. Los TC y diagnósticos asociados son unos de los problemas de salud mental más frecuentes entre los niños, niñas y adultos jóvenes.

Es importante diferenciar los TC de dos términos frecuentemente asociados a ellos: a. el término "delincuente" es un término legal que se refiere a las ofensas cometidas por personas en contra de la ley. En este sentido, la conducta es evaluada desde un punto de vista legal. B. el término "conducta antisocial" se refiere a aquella conducta hostil de acuerdo a los principios, normas o leyes sociales. En este caso, la conducta es evaluada desde un punto de vista social. Presentar conducta antisocial o conductas delictivas no son suficientes para dar el diagnóstico de un TC.

Los TC de conducta son considerados como diagnóstico psiquiátrico que engloba una serie de signos y síntomas que, si bien pueden incluir los términos antes mencionados, son siempre estudiados y requieren ser tratados desde un punto psicopatológico. Dentro del los TC se encuentran los diagnósticos de Trastorno Negativista Desafiante (TND) y Trastorno Disocial (TD)

Así mismo, las personas con un TC suelen haber estado más expuestos a abuso en sus diversas formas (físico, sexual, psicológico, negligencia...) y presentan comorbiliades psiquiátricas casi en el 79% de los casos, especialmente TDAH, abuso de sustancias y trastornos del afecto.

Por ello, es importante identificar en temprana edad a los niños y niñas que comienzan a presentar signos de trastornos de conducta, así como a sus familias, con la finalidad de brindar atención oportuna y adecuada para evitar las complicaciones en la salud mental, física y desarrollo personal y social que estos conllevan.

Finalmente, cabe recalcar que los TC son algunos de los diagnósticos en psiquiatría con un manejo más complejo, debido la escasez de recursos en la familia como en la sociedad, encontrándose demoras en el inicio de atención especializada.

5.1. DEFINICION

Los Trastornos de Conducta (TC) son patrones de conducta repetitivos y persistentes de conducta disocial, agresiva o desafiante (1). Las conductas asociadas no siguen las normas aceptadas por la sociedad conllevando a violaciones de la autoridad (2); entre ellas se encuentran: agresión hacia personas y animales, engaño, robo, destrucción de propiedades y graves violaciones a las normas. Para considerar el diagnóstico éste tiene que estar presente por al menos 6 meses en personas menores de 18 años (3).

De acuerdo al CIE 10, en los Trastornos de conducta o Trastorno Disocial (TD) se especifican tres subtipos: a. *Trastorno de la conducta limitado al ámbito familiar (F91.0)*, *trastorno de la conducta en niños no socializados (F91.1)*, en el que los niños o adolescentes son rechazados por sus pares) y *Trastorno de la conducta en niños socializados (F91.2)*, en el que las relaciones con sus pares se ven están afectadas) (5). Así mismo, el CIE10 incluye el *Trastorno Negativista Desafiante TND (F91.3)*, el cual es de inicio en la infancia y se caracteriza por un patrón de conducta hostil hacia la autoridad, caracterizado por actitudes negativistas, desafiantes y desobedientes. Al ser un trastorno, estas conductas se deben presentar de manera continua y generar deterioro en la funcionalidad de al menos dos áreas, sea familiar, académica o social (6).

5.2. ETIOLOGÍA

Se postula una etiología multifactorial, en el que intervienen diversos factores de riesgo que, en ausencia de factores protectores suficientes, aumentan la probabilidad del desarrollo de un trastorno de conducta. Las condiciones asociadas a la aparición de los TC son aquellos relacionados con las condiciones biológicas (antecedentes familiares de trastornos del afecto, TDAH o T. por uso de sustancias), personales (alteración en desarrollo neuropsicológico o bajo coeficiente intelectual), parentales (pérdida de vínculo, patrones de crianza inadecuados, trastornos de salud mental o consumo de sustancias) y socioeconómicos (pobreza, hacinamiento, desempleo o maltrato / violencia en sus diversas formas) (6;7).

5.3. FISIOPATOLOGÍA

La RM se ha empleado para comparar diferencias estructurales entre los cerebros de niños con TC y controles, encontrándose estructuras cerebrales más pequeñas y menor actividad cerebral entre niños con TC. Estas alteraciones se encuentran principalmente en la amígdala, estriado derecho, ínsula y giro frontal superior (2).

La impulsividad, agresividad y conducta violenta se han encontrado asociadas con alteración en la actividad cerebral. Las áreas más asociadas son las estructuras del sistema límbico y el cíngulo anterior, así como el área órbito-frontal de la corteza pre-frontal (2).

Por otra parte, se han relacionado niveles bajos de ácido indolacético en el LCR de niños con signos de agresividad. En varones se ha asociado con violencia a largo plazo. Las alteraciones en el funcionamiento o regulación de la serotonina se han asociado con conductas agresivas (7). Así mismo, se han encontrado niveles más elevados de serotonina en plasma, asociado con conducta agresiva en los niños.

Finalmente, a nivel hormonal, la testosterona es la hormona más relacionada con la conducta agresiva, el cortisol liberado en respuesta al estrés influye en la secreción de las hormonas sexuales. Así mismo, se ha visto que la conducta antisocial está asociada a concentraciones bajas de esteroides gonadales y elevados andrógenos suprarrenales. Por ello, se postula que el cortisol puede mediar el vínculo entre testosterona y agresividad (8).

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La información respecto a la prevalencia de los TC es limitada en el mundo. En Estados Unidos, se estima que los TC se encuentra entre el 6 y el 16% de los varones y 2 al 9% de las mujeres (2). De acuerdo a la Guía NICE, en Inglaterra la prevalencia es muy similar, siendo de un 7% en varones y 3% en mujeres de entre los 5 a 10 años y del 8% en varones y 5% en mujeres entre los 11 a 16 años (1). Si bien en la mayoría de la literatura se postula que es dos veces más frecuente en varones que en mujeres, en algunas poblaciones la diferencia podría llegar hasta 4:1 (6) o 12:1.

Así mismo, respecto al TND específicamente, se considera que entre el 10 al 20% de los niños entre 3 y 4 años presentan conductas agresivas, y de ellos aproximadamente la mitad la continuarán presentando en el tiempo (5).

Por otra parte, se calcula que alrededor de 5.75 millones de niños y adolescentes pierden años de vida saludable secundario a las consecuencias por los trastornos de conducta, por lo que los TC son considerados una carga mundial (3).

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Entre los principales factores asociados para el desarrollo de un TC se pueden encontrar:

- a. **Perinatales:** si bien los factores psicosociales suelen ser mejores predictores que los perinatales, se ha evidenciado que el tabaquismo materno (10) durante la gestación es un fuerte predictor, debido a la asociación entre el efecto toxico de la nicótica en el neurodesarrollo. Así mismo, aquellas madres que fuman durante la gestación son más propensas de presentar conducta antisocial y que su pareja cumpla las mismas características (11). Por otra parte, el bajo peso al nacer o complicaciones durante el parto pueden influir en el desarrollo de TC durante los primeros años de vida (9).
- b. **Propios del niño / niña:** entre ellos se encuentran alteraciones en el desarrollo neuropsicológico (evidenciado como hiperactividad, impulsividad, pobres destrezas viso-motoras o un Coeficiente Intelectual bajo) (2;9) y trastornos del lenguaje (acompañada de exclusión escolar y rechazo de sus pares). Además, los niños con diversos problemas de salud a los 3 años pueden presentar más TC (11). Sin embargo, estos son predictores importantes de trastornos de conducta durante la infancia, mas no necesariamente en la adolescencia.
- c. **Parentales:** Alteración del vínculo, ausencia o pobres cuidados parentales (caracterizados por educación rígida o punitiva, falta de supervisión o control (1),

GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ausencia de respuesta hacia las necesidades del niño, rechazo o crueldad) y abuso en sus diversas formas, son factores importantes en el desarrollo de conducta antisocial (9). Así mismo, se encuentran como factores importantes la pobre estimulación cognitiva hacia los hijos (escasa interacción, ausencia de lectura padre-hijo) y los antecedentes de abuso de sustancias, somatización, personalidad antisocial y depresión entre los padres. Entre los adolescentes con TC, se han encontrado conflictos maritales entre los padres y violencia intraparental. Finalmente, la inestabilidad familiar, especialmente cambios entre las figuras parentales o cuidadores principales están asociados al desarrollo de TC (2;10).

- d. **Socioeconómicos:** entre los principales factores están un bajo nivel socioeconómico, desempleo de padres, pérdida de relaciones amicales y falta de red de apoyo social (9). Además, la disponibilidad de drogas y delincuencia en los vecindarios incrementa el riesgo de los niños de desarrollar TC (2). Estos factores de riesgo se encuentran más asociados con TC consistente y de largo plazo (11).
- e. **Sexo:** a pesar que exista mayor prevalencia entre varones que mujeres, la asociación entre los distintos factores de riesgo es la misma entre ambos. Sin embargo, se ha visto que los varones suelen estar más expuestos a estos factores que las mujeres (9).

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO (6;7)

Los TC incluyen una serie de síntomas referidos a patrones de conducta considerados como disfuncionales. Generalmente, estas conductas suelen ser disruptivas o negativistas (oposicionistas); estas últimas caracterizadas por desafío hacia las indicaciones de los otros.

Los TC de tipo Disocial se caracteriza por cuatro aspectos específicos: Agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, fraudulencia/robo y violaciones graves a las normas.

Los principales síntomas asociados son los siguientes:

- Comportamientos agresivos:
 - Inicio de peleas
 - Portar armas
 - Actos crueles contra personas
 - Actos crueles contra animales
 - Robo con violencia
 - Violaciones
 - Raras veces homicidio
- Comportamientos no agresivos:
 - Ocasionar incendios
 - Romper vidrios
 - Dañar automóviles

GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

- Actividades vandálicas en la escuela
- Daño a la propiedad pública y privada en general
- Fraudes o robos:
 - Mentiras
 - Timos
 - Falsificaciones
 - Romper compromisos y promesas por provecho
 - Hurto
 - Robo a tiendas
- Violaciones a las normas:
 - Huidas de clases
 - Fugas
 - Ausentismo laboral
 - Erotización inapropiada para la edad de desarrollo

De acuerdo a la edad de inicio del cuadro, los Trastorno de Conducta se diferencian como:

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

Respecto al Trastorno Oposicionista Desafiante o Trastorno Negativista Desafiante (TND), los síntomas principales suelen ser:

- Rabieta frecuentes
- Discusiones excesivas con los adultos
- Negativa a acceder a las solicitudes de los adultos
- Cuestionamiento constante de las reglas; negativa a obedecerlas
- Conducta dirigida a molestar o enojar a los demás, incluidos los adultos
- Intentos de culpar a otras personas por su mala conducta o errores
- Facilidad para enojarse con otros
- Actitud de enojo frecuente
- Vocabulario desagradable o poco amigable
- Actitud vengativa

Este tipo de conductas se suelen presentar a mayor temprana edad, conllevan alteración en el desarrollo evolutivo del niño generando alteración en su dinámica familiar, social y académica. Como consecuencia, el niño o adolescente recibe una retroalimentación negativa de su entorno.

6.2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de los TC están basados en la evaluación clínica, según los criterios diagnósticos del CIE-10 y DSM 5. La evaluación incluye entrevista a los padres o cuidadores principales (en la que se deba constar los antecedentes personales, familiares, historia de desarrollo y antecedentes patológicos) y la evaluación directa al niño o adolescente mediante el examen mental (es decir, evaluación de nivel de

conciencia, orientación, atención, percepción, pensamiento, lenguaje, afecto y conducta del menor de edad).

6.2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los TC son algunos de los diagnósticos en psiquiatría con un manejo más complejo, debido la escasez de recursos en la familia como en la sociedad, encontrándose demoras en el inicio de atención especializada.

CIE-10 (F91) (12)

Trastornos caracterizados por un patrón repetitivo y persistente de conducta asocial, agresiva o desafiante. Es necesario que este comportamiento alcance niveles importantes de violación de la conducta socialmente esperada para la edad del paciente, razón por la cual debe ser más grave que la travesura infantil corriente o la rebeldía de la adolescencia, y suponer un patrón perdurable de comportamiento (de seis meses o más).

Entre los ejemplos sobre los cuales se fundamenta el diagnóstico se cuentan niveles excesivos de pelea y de fanfarronería, crueldad hacia las demás personas y hacia los animales, destrucción grave de la propiedad, conducta incendiaria, robo, mentira repetitiva, falta a la escuela y fuga del hogar, y rabietas y desobediencia extraordinariamente frecuentes y graves. Cualquiera de estas conductas, si es marcada, es suficiente para el diagnóstico, pero no lo son las acciones antisociales aisladas.

- Excluyen: Trastorno del humor o afectivos (F30 – F39)
Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-)
Esquizofrenia (F20.-)
Asociación con:
Trastornos emocionales (F92)
Trastornos hipercinéticos (F90.1)

G1. Patrón de conducta repetitivo y persistente que conlleva la violación de los derechos básicos de los demás o de las normas sociales básicas apropiadas a la edad del paciente. La duración debe ser de al menos seis meses, durante los cuales algunos de los siguientes síntomas están presentes (véanse las subcategorías particulares para los requerimientos en cuanto al número de síntomas). Nota: los síntomas 11, 13, 15, 16, 20, 21, Y 23 necesitan que se produzcan sólo una vez para que se cumpla el criterio.	
El individuo presenta:	
1. Rabietas excepcionalmente frecuentes y graves para la edad y el desarrollo del niño.	
2. Frecuentes discusiones con los adultos.	
3. Desafíos graves y frecuentes a los requerimientos y órdenes de los adultos.	
4. A menudo hace cosas para molestar a otras personas de forma aparentemente deliberada.	
5. Con frecuencia culpa a otros de sus faltas o de su mala conducta.	
6. Es quisquilloso y se molesta fácilmente con los demás.	
7. A menudo está enfadado o resentido.	
8. A menudo es rencoroso y vengativo.	

GUIA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

9. Miente con frecuencia y rompe promesas para obtener beneficios y favores o para eludir sus obligaciones.
10. Inicia con frecuencia peleas físicas (sin incluir peleas con sus hermanos).
11. Ha usado alguna vez un arma que puede causar serios daños físicos a otros (p. ej., bates, ladrillos, botellas rotas, cuchillos, arma de fuego).
12. A menudo permanece fuera de casa por la noche a pesar de la prohibición paterna (desde antes de los trece años de edad).
13. Crueldad física con otras personas (p. ej., ata, corta o quema a sus víctimas).
14. Crueldad física con los animales.
15. Destrucción deliberada de la propiedad ajena (diferente a la provocación de incendios).
16. Incendios deliberados con la intención de provocar serios daños.
17. Robos de objetos de un valor significativo sin enfrentarse a la víctima, bien en el hogar o fuera de él (p. ej., en tiendas, casas ajenas, falsificaciones).
18. Ausencias reiteradas al colegio, que comienzan antes de los trece años.
19. Abandono del hogar al menos en dos ocasiones o en una ocasión durante más de una noche (a no ser que esté encaminado a evitar abusos físicos o sexuales).
20. Cualquier episodio de delito violento o que implique enfrentamiento con la víctima (p.ej "tirones", atracos, extorsión).
21. Forzar a otra persona a tener relaciones sexuales.
22. Intimidaciones frecuentes a otras personas (p. ej., infligir dolor o daño deliberados, incluyendo intimidación persistente, abusos deshonestos o torturas).
23. Allanamiento de morada o del vehículo de otros.
G2. El trastorno no cumple criterios para trastorno disocial de personalidad (F60.2), esquizofrenia (F20.-), episodio 'maníaco' (F30.-), episodio depresivo (F32.-), trastorno generalizado del desarrollo (F84.-) o trastorno hiperactivo (F90.-) [si se cumplen los criterios para trastorno de las emociones (F93.-) el diagnóstico deberá ser de trastorno mixto disocial y de las emociones F92.-].

(F91.0) TRASTORNO DISOCIAL LIMITADO AL ÁMBITO FAMILIAR

- A. Deben cumplirse los criterios generales para el trastorno disocial (F91).
- B. Deben estar presentes tres o más síntomas de los listados en F91, criterio G 1 presente, con al menos tres de los síntomas comprendidos entre 9-23.
- C. Al menos uno de los síntomas de 9-23 tiene que haber estado presente durante seis meses por lo menos.
- D. La alteración disocial se limita al medio familiar.

(F91.1) TRASTORNO DISOCIAL EN NIÑOS NO SOCIALIZADOS

- A. Deben cumplirse los criterios generales para el trastorno disocial (F91).

GUIA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

B. Deben estar presentes tres o más síntomas de los listados en F91, criterio G 1 presente, con al menos tres de los síntomas comprendidos entre 9-23.
C. Al menos uno de los síntomas de 9-23 tiene que haber estado presente durante seis meses como mínimo.
D. Clara pobreza de las relaciones con compañeros, reflejada por el aislamiento, rechazo o impopularidad y carencia de amigos íntimos duraderos.

(F91.2) TRASTORNO DISOCIAL EN NIÑOS SOCIALIZADOS
A. Deben cumplirse los criterios generales para el trastorno disocial (F91).
B. Deben estar presentes tres o más síntomas de los listados en F91, criterio G 1 presente, con al menos tres de los síntomas comprendidos entre 9-23.
C. Al menos uno de los síntomas de 9-23 tiene que haber estado presente durante seis meses como mínimo.
D. Los trastornos de conducta incluyen el ámbito extrafamiliar.
E. Relaciones con compañeros dentro de límites normales.

(F91.3) TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE
A. Deben cumplirse los criterios generales para el trastorno disocial (F91).
B. Deben estar presentes cuatro o más síntomas del criterio G1 de F91, aunque no pueden estar presentes más de dos síntomas de los ítem 9-23.
C. Los síntomas del criterio B deben ser maladaptativos o inadecuados para el nivel de desarrollo del niño.
D. Al menos cuatro de los síntomas deben estar presentes durante seis meses como mínimo.

DSM 5 (243) (13)

Se encuentra dentro del capítulo de los Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta.

(313.81) TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE
A. Un patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis 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 y resentido.
Discusiones/actitud desafiante 4) Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.

GUIA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

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.
Nota: Se debe considerar la persistencia y la frecuencia de estos comportamientos para distinguir los que se consideren dentro de los límites normales, de los sintomáticos. En los niños de menos de cinco años el comportamiento debe aparecer casi todos los días durante un periodo de seis meses por lo menos, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). En los niños de cinco años o más, el comportamiento debe aparecer por lo menos una vez por semana durante al menos seis meses, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). Si bien estos criterios de frecuencia se consideran el grado mínimo orientativo para definir los síntomas, también se deben tener en cuenta otros factores, por ejemplo, si la frecuencia y la intensidad de los comportamientos rebasan los límites de lo normal para el grado de desarrollo del individuo, su sexo y su cultura.
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 u 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 perturbador 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.
(312.8) TRASTORNO DE LA CONDUCTA
A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, 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 <u>seis</u> 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 provocar 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 una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco 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 del fuego).

Engaño o robo 10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien. 11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej. “engaña” a otros). 12. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión; falsificación).
Incumplimiento grave de las normas 13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años. 14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado. 15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.
B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas 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: 312.81 (F91.1) Tipo de inicio infantil: Los individuos muestran por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años. 312.82 (F91.2) Tipo de inicio adolescente: Los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años. 312.89 (F91.9) 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.

6.2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (2;7;14)

- **Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad:** Los síntomas de inicio suelen estar presentes en la infancia, siempre antes de los 7 años. Caracterizado por hiperactividad, fácil distraibilidad e impulsividad y no se caracteriza por violar las normas de convivencia ni agresión hacia terceros. Así mismo, los trastornos de conducta no presentan hiperactividad como síntoma principal.
- **Trastorno de personalidad tipo antisocial:** El diagnóstico se realiza a partir de los 15 años de edad y está caracterizado por insensibilidad y ausencia de remordimiento en todas sus conductas. Es importante remarcar que pueden existir *rasgos de psicopatía* (grandiosidad, insensibilidad, engaño, un afecto superficial y falta de remordimiento) asociado a un trastorno de conducta.
- **Trastornos del estado de ánimo:** La alteración principal en estos casos es alteración en el estado afectivo y síntomas asociados, tales como irritabilidad, oposicionismo, disminución de energía vital y síntomas neurovegetativos. En caso de un trastorno de conducta aislado no se presentaría la alteración en el estado de ánimo como síntoma principal; pero en ocasiones los trastornos de conducta derivan de un trastorno del estado de ánimo de base. En estas situaciones se deben diagnosticar ambos trastornos.
- **Reacción a estrés agudo:** puede presentar síntomas conductuales como parte de reacción al estrés (como divorcio, duelo, trauma, abuso o adopción), pero la conducta suele retomar a la normalidad una vez ha sido controlado el estresor.

GUIA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

En estos casos, los síntomas no deberían persistir más de seis meses de eliminado el estresor.

6.3. EXAMENES AUXILIARES (7;15;16)

Los exámenes auxiliares pueden complementar la evaluación clínica, sea para brindar más información inicial o para evaluar la evolución del cuadro. Los exámenes auxiliares no hacen el diagnóstico de Trastornos de Conducta. Estos exámenes pueden ser a manera de entrevistas, cuestionarios, escalas, etc

Entre los principales se encuentran:

6.3.1. Escalas Achenbach (ASEBA):

- **Child Behavior Checklist (CBCL)** (Acenbach y Edelbrock 1983). Dirigido a padres, para evaluar habilidades (deportivas, sociales, académicas) y conducta de niños y adolescentes. Cuenta con dos variantes: **CBCL/1½ - 5** (niños menores de 5 años) y **CBCL/6-18** (mayores de 6 años).
- **Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF)**: Dirigido a padres y profesores.
- **Teacher's Report Form (TRF)**: Dirigido a profesores. Evalúa desempeño académico, deportivo y social, así como el funcionamiento adaptativo y problemas emocionales o conductuales.
- **Youth Self-Report (YSR)**: Dirigido a adolescentes entre 11 y 18 años. Busca obtener información sistematizada mediante auto-reporte de conductas de los últimos 6 meses. Mantiene el formato de CBCL y TRF, evaluando tanto habilidades deportivas, sociales y académicas como conductas adaptativas o problemáticas.

6.3.2. Escalas de Conners:

- Evalúan conducta, hiperactividad, atención de niños y adolescentes. Empleada para evaluación de síntomas de TDAH y TC. Cuenta con tres variantes: **Conners Parent Rating Scale Revised CPRS-R** dirigido a padres (ver ANEXO 1 y 2), **Conners Teacher Rating Scale Revised CTRS-R** dirigido a profesores (ver ANEXO 3 y 4) y **Conners-Wells Adolescent Self-Report Scale (CASS)** (dirigido a niños y adolescentes).
- Escalas de

6.3.3. Escalas Quay:

- **Revised Behaviour Problem Checklist (RBPC)**. Dirigido a padres y maestros, para la evaluación de niños entre 5 y 18 años. Cuenta con 6 subescalas en las que se evalúan trastornos de conducta, agresión socializada, problemas de atención, ansiedad, conducta psicótica e hiperactividad.

6.3.4. Escalas de Barkley:

- **Escala de evaluación de los trastornos de conducta perturbadora (Russel Barkley):** Formulario para padres. Evalúa síntomas de TDAH (tanto hiperactividad como impulsividad) y de TC (trastorno disocial y trastorno negativista desafiante). Cuenta con una variante para maestros.
- **Home Situations Questionnaire** (Cuestionario de situaciones en el hogar): calcula el número de situaciones en el que hay problemas de conducta, así como la gravedad de la misma. Cuenta con una variante para el colegio: **School Situations Questionnaire** (Cuestionario de situaciones escolares).

Acenbach-Conners-Quay Questionnaire (ACQ): Evalúa tanto síntomas afectivos como conductuales. Empleado cuando se necesita una evaluación más exhaustiva.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Se recomienda que la intervención sea multidisciplinaria, tanto a nivel de salud, familiar, comunitario y escolar. Esta intervención puede ser preventiva o recuperativa; sin embargo, la prevención será la estrategia que brinde los mejores resultados. Se recomiendan mantener estrategias en cada una de estas áreas (1):

- **Salud:**
 - Adecuada adherencia a consultas médicas, de psicología, de enfermería, servicio social o cualquier otra indicada.
 - Acudir siempre acompañado de un adulto responsable.
 - Mantener una adecuada adherencia a los tratamientos prescritos, sea farmacológico como las distintas intervenciones psicoterapéuticas.
- **Escolar:**
 - Incluir estrategias académicas que mejoren el desempeño del niño o adolescente.
 - Promover mejores relaciones con los profesores.
 - Evitar deserción escolar.
 - Emplear las tutorías.
- **Social:**
 - Prevenir o identificar y evitar el maltrato en cualquiera de sus formas (físico, psicológico, sexual, negligencia o económico).
 - Promover la educación sexual.
 - Generar programas de intervención temprana en niños o adolescentes con problemas de conducta o manejo de impulsos.
 - Limitar o anular el acceso a medios de comunicación que promuevan la violencia.
 - Evitar relaciones con pares conflictivos y promover relaciones más saludables.

Por otra parte, en ocasiones, los síntomas de TC pueden ser secundarios a otro diagnóstico por lo que en estos casos el manejo se basará en el diagnóstico de origen (T. depresivo, T. de ansiedad, TDAH). Así mismo, los TC suelen tener una comorbilidad de hasta el 80%, lo cual influye en el pronóstico por lo que es necesario el tratamiento conjunto de ambos diagnósticos. (1).

6.4.1. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES (17;18;19;20)

Dada la etiología de los TC así como los factores de riesgo antes descritos, es claro que el medio ambiente (en especial el entorno familiar) juega un rol importante en el desarrollo y persistencia en los TC. De manera que, sin intervenciones psicosociales y a nivel familiar, es poco probable que exista mejoría.

Entre las principales intervenciones psicosociales estudiadas se encuentran:

A. Programas enfocados en los padres

El objetivo de estos programas es lograr que los padres mejoren sus habilidades en el manejo de la conducta de los hijos así como el fortalecimiento de la relación padre-hijo. Para ello, los programas suelen ser abordados desde los enfoques conductual (se aprenden habilidades para afrontar los problemas de conducta) y relacional (se identifican emociones propias y ajenas, mejorando la relación con los hijos). Entre ellos se encuentran:

- **Terapia de interacción entre padres e hijos** (Parent-Child Interaction Therapy PCIT - Brinkmeyer & Eyberg, 2003). Consiste en una psicoterapia individualizada en la diada padre-hijo, basada en la terapia cognitiva conductual. Busca mejorar la externalización de la conducta problema a través de la interacción padre-hijo. Duración: 12 a 20 sesiones. Para niños con TC, los beneficios se mantienen hasta 3 a 6 años luego del tratamiento.
- **Programa de Parentalidad Positiva** (Positive Parenting Program Triple P - Sanders, 1999). Programa diseñado en cinco niveles de intensidad según las necesidades de cada niño, familia y nivel de complejidad. Los niveles 4 y 5 son llevados por un profesional en salud mental, con sesiones grupales e individuales. Presentan beneficio desde niños en edad preescolar.

B. Programas multimodales (individuo, familia y sociedad)

Estos programas emplean diversos niveles de intervención al mismo tiempo: individual, familia, escolar, ect. Cabe resaltar que la importancia en la familia radica en que el problema de conducta no es el resultado de pautas de crianza inadecuadas sino como respuesta a interacciones maladaptativas y alteraciones en la dinámica familiar.

- **Terapia Familiar multisistémica** (Multisystemic Therapy - Henggeler & Lee, 2003). El programa incluye aproximaciones cognitivo-conductuales, terapia de modificación de conducta, entrenamiento a padres y terapias prácticas a la familia. Consiste en sesiones semanales durante 3 a 5 semanas en las que participa la familia. Eficacia especialmente en adolescentes con conductas disruptivas.

GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

- **Años maravillosos** (Incredible Years - Webster-Stratton & Reid, 2003). Busca reducir la agresividad y problemas de conducta en los niños. Diseñado como tres programas, cada uno dirigido hacia a) los niños y niñas b) los padres y c) los maestros. Los programas son efectivos individualmente y en conjunto.

C. Programas enfocados en el individuo

Entre los principales programas de intervención psicosocial enfocados en el niño y adolescente se encuentran:

- **Terapia Cognitivo Conductual:** Los programas basados en la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) buscan que los niños, niñas y adolescentes identifiquen el estímulo desencadenante hacia su conducta agresiva o disruptiva. Así mismo, que reconozcan las distorsiones cognitivas y desarrollen habilidades para la resolución de problemas y manejo de la ira y frustración.

La TCC trabajo tanto con padres, profesores y niños y adolescentes:

- **Padres:** se basa en un entrenamiento que busca brindar a los padres las herramientas necesarias para modificar la interacción padre-hijo y así disminuir las conductas mal adaptativas y promover la conducta social. En función a la conducta actual y aplicable a situaciones futuras. Esto se consigue con entrenamiento en técnicas operantes, tales como reforzamiento, extinción, economía de fichas, coste de respuesta.
- **Profesores:** una participación activa de los profesores y manejo del diagnóstico, así como entrenamiento en las distintas estrategias permitirán que el niño pueda tener un mejor desempeño. Se brinda entrenamiento en técnicas operantes ya mencionadas.
- **Niños y adolescentes:** basado en la modificación cognitiva de la conducta, mediante la cual se hará consciente al niño de sus fortalezas y limitaciones así como consecuencias de su conducta. Para ello, se emplean estrategias cognitivo conductuales, tales como entrenamiento en autocontrol, en autoinstrucciones, resolución de problemas, etc.
- **Entrenamiento en control de ira** (Anger Control Training - Lochman, Barry, & Pardini, 2003). Intervención cognitiva conductual en personas en edad escolar. Consiste en sesiones de 50-60min una vez por semana en grupos de 6 personas. Busca conductas disruptivas mediante resolución de problemas e identificación de emociones y estrategias de control.
- **Entrenamiento grupal en habilidades asertivas** (Group Assertive Training - Huey & Rank, 1984). Sesiones de terapia con 6 adolescentes. Reunidos dos veces por semana durante 4 semanas asociado 8 horas de entrenamiento en habilidades asertivas.
- **Entrenamiento en resolución de problemas** (Problem-Solving Skills Training PSST - Kazdin, 2003). Consiste entre 20 a 25 sesiones de 45

GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

minutos, con niños entre 7 y 13 años. Entrenamiento en resolver conflictos que puedan ser extrapolados problemas de la vida diaria.

6.4.2. INTERVENCIONES PSICOFARMACOLÓGICAS (20; 21; 22; 23; 24; 25)

A. Estimulantes

Indicación: Impulsividad, fácil distrabilidad, discontinuidad en el trabajo, bajo rendimiento escolar, hiperactividad. El beneficio se encuentra en casos de comorbilidad con TDAH, no en TC aislados.

Efectos secundarios: Hiporexia, náuseas, dolor abdominal, cefalea, inquietud, insomnio, ansiedad, tics, taquicardia.

Monitoreo: Realizar controles de peso, talla, frecuencia cardiaca y un EKG en caso sea necesario.

METILFENIDATO	
Edad de inicio	6 años
Dosis	0.5 – 1.2mg/kg/día
Dosis maxima	60mg/d

B. Inhibidores selectivos de recaptación de noradrenalina

Indicación: Comorbilidad con TDAH asociado a ansiedad, dado que el metilfenidato puede exacerbar esta sintomatología.

Efectos secundarios: cefalea, insomnio, mareos, hiperhidrosis, náuseas, dolor abdominal.

Monitoreo: realizar controles de peso, talla.

ATOMOXETINA	
Edad de inicio	6 años
Dosis	0.5 – 2mg/kg/d
Dosis maxima	90mg/d

C. Antipsicóticos

Indicación: Son de utilidad para el manejo de irritabilidad, impulsividad, agresividad y conductas disruptivas. La Risperidona es el fármaco con mejores resultados, seguido por Aripiprazol. Respecto a los demás antipsicóticos atípicos (Olanzapina, Quetiapina) y el Haloperidol, no existe información suficiente que avale su uso para trastornos de conducta.

Efectos secundarios: Entre los antipsicóticos atípicos (Risperidona, Quetiapina y Olanzapina) podrían ocasionar ganancia de peso, alteración del metabolismo con aumento de riesgo de diabetes y dislipidemia. El Aripiprazol tiene menor

riesgo de síndrome metabólico. Por otra parte, los antipsicóticos típicos (Haloperidol) podrían generar rigidez, tremor, sialorrea, somnolencia.

Monitoreo: Control de peso, evaluar presencia de movimientos involuntarios, perfil lipídico, perfil hepático y glicémico.

RISPERIDONA	
Edad de inicio	4 años (*)
Dosis	0.5 – 4mg/d
Dosis máxima	6mg/d
Presentación	Frasco 1mg/ml Tabletas 2mg

(*) Existen pocos estudios para empleo de Risperidona en menores de 4 años, por lo cual su empleo quedaría bajo criterio médico.

ARIPIPAZOL	
Edad de inicio	6 años
Dosis	5 a 15mg/d
Dosis máxima	30mg/d
Presentación	Frasco 1mg/ml Tabletas 2mg

QUETIAPINA	
Edad de inicio	Adolescencia
Dosis	200 - 600mg/d
Dosis máxima	600mg/d

D. Estabilizadores del ánimo.

Indicación: Disminución de irritabilidad, agresividad y síntomas afectivos asociados a los trastornos de conducta. El **ácido valproico** puede mejorar los síntomas conductuales, en especial en casos de agresividad reactiva, impulsiva y defensiva. Sin embargo, no existe suficiente información para el manejo de agresividad recurrente y persistente. El **litio**, si bien puede ayudar a manejar conductas agresivas a corto plazo, los efectos favorables son escasos en comparación a placebo. Así mismo, dado el corto rango de dosis terapéutica y riesgo de toxicidad, el litio no suele ser de elección en niños y adolescentes para el manejo de TC. No se recomienda el empleo de **Carbamazepina**.

ÁCIDO VALPROICO	
Edad de inicio	2 años
Dosis	8 – 12mg/kg/d
Dosis máxima	60mg/kg/d

GUIA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Titulación	Aumentar semanalmente 5 a 10mg/kg/día
Efectos Secundarios	Alteración hepática, dolor abdominal, náuseas, trombocitopenia, pancreatitis y alteración de niveles plasmáticos de otros fármacos.

LITIO	
Edad de inicio	12 años
Dosis	600 – 1200mg/d
Efectos Secundarios	Alteración tiroidea, diarrea, náuseas, somnolencia, leucocitosis, poliuria, alteración en función renal.

6.4.3. CURSO Y PRONÓSTICO

Los síntomas suelen ser más intensos durante la pubertad o adolescencia, pero muchas veces han tenido un inicio progresivo desde los 5 años. El inicio a partir de los 16 años es muy raro (1).

El curso es variable, la mayoría de los casos desisten de sus malas conductas conforme avanza la edad. Sin embargo, el pronóstico suele ser más sombrío en los casos en el que el inicio es más precoz y aquellos que tienden a tener conductas más graves y reiterativas; ellos presentan mayor riesgo de desarrollar un trastorno de la personalidad antisocial en la edad adulta (caracterizado por conductas delictivas, fraude, infracción de normas) así como trastorno por consumo de sustancias.

Otros factores importantes de mal pronóstico son la presencia de comorbilidades, sean psiquiátricas (TDAH, t. depresivos, t. de ansiedad) o no psiquiátricas y el antecedente (y persistencia) de maltrato en sus distintas formas.

Finalmente, una crianza punitiva, basada en la crítica y educación con alta exigencia con pobre intervención correctiva, lejos de contribuir en la recuperación puede aumentar el riesgo de complicaciones y empeorar el pronóstico.

6.5. COMPLICACIONES

Los trastornos de conducta en la infancia y adolescencia están asociados con un incremento significativo de problemas de salud ental en la vida adulta (8). Se considera que el 79% de los adolescentes con TC presentan al menos un diagnóstico psiquiátrico comórbido. Entre los más frecuentes se encuentran el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el abuso de sustancias, trastornos depresivos y de ansiedad. Se ha visto que la gravedad de estos diagnósticos comorbidos suele ser mayor entre las personas con TC que entre quienes no lo presentan (3)

GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

A largo plazo, The National Comorbidity Survey Replication en Estados Unidos reportó que los TC estuvieron asociados en la adultez a trastorno bipolar, depresión mayor, distimia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, TDAH, abuso de sustancias (3)

Así mismo, las personas con TC presentan dificultad para interrelacionarse e integrarse con sus pares, terminando por relacionarse con personas con problemas de conducta similares(2). De esta manera, el aislamiento social se perpetúa con aumento de riesgo de conductas delictivas y consumo de sustancias. De esta manera, alrededor del 50% de los niños con TC desarrollan personalidad antisocial en la adultez (8).

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

El Instituto Nacional de Salud del Niño tiene nivel III-2 de complejidad, es decir, cuenta con el más alto nivel de resolución siendo de referencia para la atención de diversas especialidades pediátricas, clínicas y quirúrgicas. Sin embargo, respecto a patología psiquiátrica, las instituciones especializadas son el Hospital Víctor Larco Herrera (III-1), el Hospital Hermilio Valdizan (nivel III-1) y el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (nivel III-2). Al tratarse de hospitales de nivel III, todos cuentan con áreas especializadas tales como Emergencia Psiquiátrica y Hospitalización en Psiquiatría, áreas con las que no cuenta al momento nuestra institución.

Debido a ello, se consideran los siguientes criterios de referencia a alguna de dichas instituciones:

- Falla en respuesta terapéutica (resistencia al tratamiento).
- Necesidad de hospitalización psiquiátrica (sea por el diagnóstico de TC o por alguna comorbilidad como trastorno depresivo, trastorno de conducta alimentaria, conductas adictivas, ideación suicida persistente).
- Necesidad de atención en emergencia psiquiátrica, por ejemplo:
 - o Auto o heteroagresividad que no ceda a contención verbal, física o farmacológica.
 - o Agitación psicomotriz que no ceda a contención verbal, física o farmacológica.
 - o Episodios psicóticos agudos que requieran atención por emergencia.
- Necesidad de terapia individual, grupal o familiar que no sea brindada por la institución.

NIVELES DE ATENCIÓN Y FILTROS EN EL MANEJO PSIQUIÁTRICO APLICABLE A LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA

Nivel de atención	Tipo de atención	Estrategia
Primer	Comunitario	Prevención primaria
	Atención primaria a la salud	Consulta médica general
Segundo	Hospital general de zona	Referencia y Contrarreferencia
	Centro comunitario de salud mental	Tratamiento y control de la morbilidad psiquiátrica
Tercer	Hospital Psiquiátrico Infantil	Atención de Alta especialidad

Elaborada por: Martínez Ana-Luisa y Fernández Camilo. Diseñado para la "Guía Clínica para el Diagnóstico y Manejo de los Trastornos de Conducta" del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

ANEXO 1

Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres
(C.C.I.: Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable.				
2. Es llorón/a.				
3. Es más movido de lo normal.				
4. No puede estar quieto/a.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
6. No acaba las cosas que empieza				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
TOTAL.....				

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.
POCO = 1 PUNTO.
BASTANTE = 2 PUNTOS.
MUCHO = 3 PUNTOS

- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.
- Puntuación:

Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >16 es sospecha de **DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**.

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa sospecha de **DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**.

GUIA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR

(C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada.

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptores	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Se manosea los dedos, uñas, pelo, ropa.				
2. Trata irrespetuosamente a personas mayores				
3. Tiene dificultad para hacer o mantener amistades.				
4. Es impulsivo, irritable.				
5. Quiere controlar y dirigir en cualquier situación.				
6. Se chupa el dedo, la ropa o las mantas.				
7. Es llorón.				
8. Es desgarbado en su porte externo.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene dificultad para aprender.				
11. Es más movido de lo normal.				
12. Es miedoso.				
13. No puede estarse quieto.				
14. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
15. Es mentiroso.				
16. Es retraído, tímido.				
17. Causa más problemas que otro de su misma edad.				
18. Su lenguaje es inmaduro para su edad.				
19. Niega sus errores o echa la culpa a otros.				
20. Es discutiador.				
21. Es huraño, coge berrinches.				
22. Roba cosas o dinero en casa o fuera.				
23. Es desobediente, obedece con desgana.				
24. Le preocupa excesivamente estar solo, la enfermedad.				
25. No acaba las cosas que empieza.				



GUIA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR
(Continuación)

(C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada.

Descriptores	Nada	Poco	Bastante	Mucho
26. Es susceptible, se "pica" fácilmente.				
27. Tiende a dominar, es un "matón".				
28. Hace movimientos repetitivos durante ratos.				
29. Es a veces cruel con los animales o niños pequeños.				
30. Pide ayuda y seguridad como si fuese más pequeño.				
31. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
32. Le duele la cabeza frecuentemente.				
33. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
34. No acepta restricciones o reglamentos, desobediente.				
35. Se pelea con mucha frecuencia por cualquier motivo.				
36. No se lleva bien con sus hermanos.				
37. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
38. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
39. Habitualmente es un niño triste.				
40. Tiene poco apetito, caprichoso con las comidas.				
41. Se queja de dolores de vientre.				
42. Tiene trastornos de sueño.				
43. Tiene otros tipos de dolores.				
44. Tiene vómitos con cierta frecuencia.				
45. Se siente marginado o engañado en su familia.				
46. Suele ser exagerado, "fardón".				
47. Deja que le manipulen o abusen de él.				
48. No controla bien el pis o tiene dificultades de defecación.				



ANEXO 3

Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES (C.C.E.: Teacher's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
4. Molesta frecuentemente a otros niños.				
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
7. Intranquilo, siempre en movimiento.				
8. Es impulsivo e irritable.				
9. No termina las tareas que empieza.				
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
TOTAL.....				

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.
 POCO = 1 PUNTO.
 BASTANTE = 2 PUNTOS.
 MUCHO = 3 PUNTOS

- Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.
- Puntuación:

Para los NIÑOS entre los 6 – 11 años: una puntuación >17 es sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las NIÑAS entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.



GUIA TÉCNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ANEXO 4

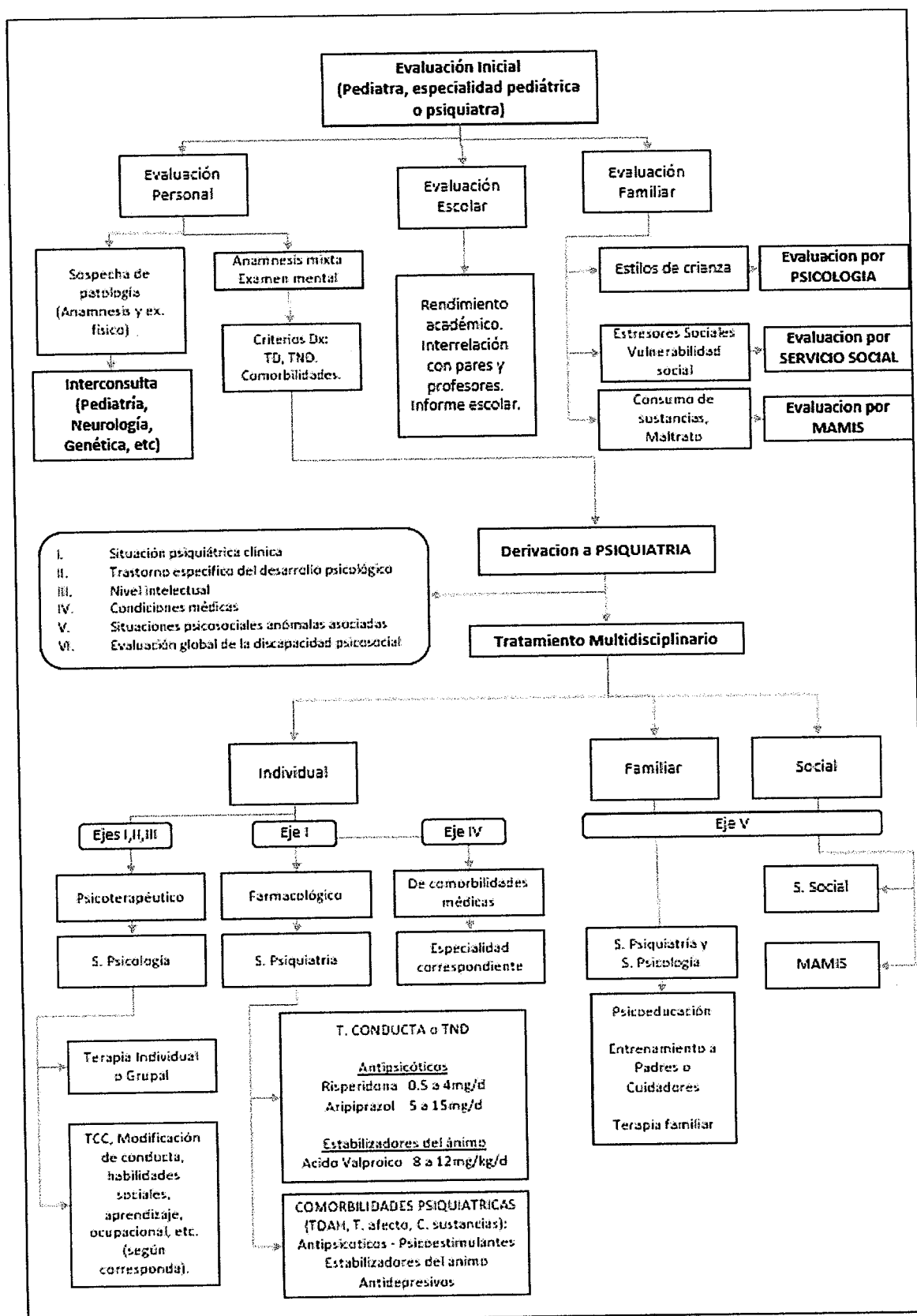
CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN LA ESCUELA

(C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptores	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Emite sonidos molestos en situaciones inapropiadas.				
3. Exige inmediata satisfacción de sus demandas				
4. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso.				
5. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
6. Es susceptible, demasiado sensible a la crítica.				
7. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
8. Molesta frecuentemente a otros niños.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
11. Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
12. Discute y pelea por cualquier cosa.				
13. Tiene actitud tímida y sumisa ante los adultos.				
14. Intranquilo, siempre en movimiento.				
15. Es impulsivo e irritable.				
16. Exige excesivas atenciones del profesor.				
17. Es mal aceptado en el grupo.				
18. Se deja dirigir por otros niños.				
19. No tiene sentido de las reglas del "juego limpio".				
20. Carece de aptitudes para el liderazgo.				
21. No termina las tareas que empieza.				
22. Su conducta es inmadura para su edad.				
23. Niega sus errores o culpa a los demás.				
24. No se lleva bien con la mayoría de sus compañeros.				
25. Tiene dificultad para las actividades cooperativas.				
26. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
27. Acepta mal las indicaciones del profesor.				
28. Tiene dificultades de aprendizaje escolar.				

ANEXO 5: FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vasquez MJ, Feria M, Palacios L, De la Peña F. (2010) Guía Clínica para el Trastorno Disocial. Ed. Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas para la atención de los trastornos mentales).
2. Sagar R, Patra BN, Patil V. (2019) Clinical practice guidelines for the management of conduct disorder. Indian Journal of Psychiatry 61:270-6.
3. Maryam Salmanian et al. Prevalence, comorbidities, and sociodemographic predictors of conduct disorder: the national epidemiology of Iranian children and adolescents psychiatric disorders (IRCAP). European Child & Adolescent Psychiatry. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01448-9>
4. AACAP: Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Conduct Disorder
5. Monsalve A, Mora LF, Ramírez LC, Roza V, Rojas DM (2017) Estrategias de intervención dirigidas a niños con trastorno negativista desafiante, una revisión de la literatura. Rev Cienc Salud. 15(1):105-127. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5384>.
6. De la Peña-Olvera F, Palacios-Cruz L, (2011) Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. Salud Mental. Vol. 34, No. 5. Mexico.
7. Martínez A, et al. Guía Clínica para el Diagnóstico y Manejo de los Trastornos de Conducta. Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro. México.
8. NICE: Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management. (2013).
9. Murray J, Irving B, Farrington D P, Colman I, Bloxson CAJ. (2010) Very early predictors of conduct problems and crime: results from a national cohort study. Journal of Child Psychology and Psychiatry 51(11), 1198–1207.
10. Mathias L. (2018) Conduct Disorder: Recognition and Management. American Family Physician. Volume 98, Number 10, 584 – 592.
11. Wilson P, Bradshaw P, Tipping S, et al. (2013) What predicts persistent early conduct problems? Evidence from the Growing Up in Scotland cohort. J Epidemiol Community Health 67:76-80.
12. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 (2000) Editorial médica panamericana, S. A.
13. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría (2013).
14. Scott S (2017) Trastorno de la conducta, Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines.



15. Raheb, C. (2009) La Evaluación Neuropsicológica. Checklist. Universitat Autònoma de Barcelona.
16. Lacalle, M. (2009). Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta de salud mental. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona.
17. Eyberg SM, Nelson M, Boggs S. (2008) Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents With Disruptive Behavior, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 37:1, 215-237.
18. Gatti U, Grattagliano I & Rocca G. (2019) Evidence-based psychosocial treatments of conduct problems in children and adolescents: an overview. *Psychiatry, Psychology and Law*, Vol. 26, No. 2, 171–193.
19. Ramírez M. (2015) Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, vol. 2, núm. 1 45-54. Universidad Miguel Hernández de Elche Alicante, España.
20. Gathright M, Tyler L, (2014) Disruptive Behaviors in Children and Adolescents. University of Arkansas for Medical Science. Psychiatric Research Institute.
21. Khan S, Down J, Aouira N, Bor W, et al. (2019) Current pharmacotherapy options for conduct disorders in adolescents and children, *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, DOI: 10.1080/14656566.2018.1561862.
22. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, et al. (2015) The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 2: Antipsychotics and Traditional Mood Stabilizers. *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol 60, no 2.
23. Gorman D, Gardner D, Murphy A, et al. (2015) Canadian Guidelines on Pharmacotherapy for Disruptive and Aggressive Behaviour in Children and Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, or Conduct Disorder. *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol 60, no 2.
24. Parsley I, Zhang Z, Hausmann M, Lerdahl A, et al. (2020) Effectiveness of Stimulant Medications on Disruptive Behavior and Mood Problems in Young Children. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*. 18(3):402-411.
25. Hambly J, Khan S, McDermott B et al. (2016) Pharmacotherapy of conduct disorder: Challenges, options and future directions. *Journal of Psychopharmacology*. Vol. 30(10) 967 – 975

