

## “ACTUALIZACION TRASTORNO DISRUPTIVO”

**AUTORES:** Policlínica Trastornos Graves de Conducta y Humor. Dres. Batalla, M.; Bello, J.; Guimaraes, L.; Hernández, E.; Lungo, G.; Moreira, P.; Ruiz, R.; Schroeder, G.; Prof. Dra. Laura Viola.

**Dra. Pilar Moreira, Dra. Lindsay Guimaraes**

### DEFINICION

Se entiende como conducta disruptiva a la conducta distráctil, la conducta agresiva y la conducta disocial o delictiva asociadas entre sí.

Cada una de estas conductas corresponde a los síntomas predominantes que configuran el Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad, el Trastorno Oposicionista Desafiante y el Trastorno Disocial o de Conducta respectivamente.

**El conjunto de estas entidades nosológicas constituye el Trastorno Disruptivo.**

Actualmente las dificultades comportamentales de la infancia se focalizan en aproximaciones dimensionales más que en criterios diagnósticos categoriales. La aproximación dimensional toma en cuenta la perspectiva del desarrollo, donde el mismo síntoma puede tomar significados diferentes.

### EVOLUCION DEL CONCEPTO TRASTORNO DISRUPTIVO

Se comienza con una interrogante y es si el Trastorno Disruptivo **tiene validez diagnóstica?**

La presentación de un conjunto de síntomas, tales cuales agresividad, impulsividad, irritabilidad, hiperactividad suelen presentarse habitualmente en diversos Trastornos Mentales. Su tendencia natural a asociarse e interrelacionarse no validaría únicamente, la existencia de la entidad descrita.

Este trastorno tiene además un componente genético demostrado. Su presentación trasciende una época o sociedad determinada, siendo el mismo transcultural.

Esta entidad nosográfica es categorizada en el manual DSM IV como Trastorno Comportamiento Perturbador. Otra forma de tipificar el Trastorno Disruptivo es también llamarlo Trastorno Externalizado.

De acuerdo a una caracterización dimensional de las patologías en psiquiatría pediátrica se pueden agrupar en dos grandes grupos o dimensiones. La internalizada que incluye la patología somática, ansiedad y depresión; y otra externalizada (Trastorno Disruptivo y Trastorno por Déficit Atencional).

De cualquier forma, varios estudios plantean que la presencia de síntomas externalizados e internalizados en preescolares tienden a ser comórbidos siendo más la regla que la excepción [1].

## CONCEPTUALIZACION Y EVOLUCION HISTORICA

Se llega a esta conceptualización luego que el pensamiento psiquiátrico y psicoanalítico ensayara diversas interpretaciones sobre la presentación de este conjunto de síntomas. Lombroso en el S XIX sostiene que este síndrome encuadra dentro de la patología criminal, basada en un juicio moral insano [2]. En el siglo SXX, se denomina psicopatía a estos cuadros y pone énfasis en la imposibilidad para los sujetos en empatizar afectivamente. Extiende el concepto de adultos antisociales a los jóvenes [2].

Las teorías psicoanalíticas proponen que el comportamiento tiene su origen en la niñez y es el resultado de un desarrollo pobre del superyó. Bowlby, en su Teoría del Apego, plantea que las alteraciones comportamentales son consecuencia de fallas en las experiencias tempranas vinculares.

Se define un síndrome de oposicionismo en la infancia con rechazo a aceptar reglas de la autoridad y terquedad. Robins establece que existiría una continuidad entre problemas de conducta en la infancia y personalidad antisocial del adulto [2].

A fines del SXX, se hace su inclusión en el DSM IV, como Trastorno del Comportamiento Perturbador: el Trastorno Oposicionista Desafiante, Trastorno Disocial y el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, brindando guía para sus determinantes y comorbilidades [2].

## TEMPERAMENTO Y PERSONALIDAD

En los últimos años se incrementa el número de estudios que demuestran la relación entre temperamento y personalidad y el desarrollo de psicopatología en la niñez. Se entiende como temperamento a las características individuales tempranas que presenta un niño para interrelacionarse con su entorno y de la manera que el mismo transite puede determinar eventualmente el desarrollo de trastornos clínicos [3].

Rutter hace énfasis en las características del **temperamento y personalidad** en el Trastorno Disruptivo [3]. En los niños que lo presentan existe un patrón temperamental que tiene una tendencia general a presentar asociados los síntomas de desinhibición, impulsividad, agresividad y bajo autocontrol [3].

Se describen dos constelaciones temperamentales resultantes de diversas combinaciones de tipos de categorías temperamentales, que tienen relevancia funcional [4]:

Temperamento fácil: son aquellos niños que presentan regularidad biológica y tienen una tendencia a acercarse a lo nuevo, adaptación fácil a los cambios y estado de ánimo positivo, de intensidad leve a moderada. Representan un 40% de la población estudiada [4].

Temperamento difícil: es opuesto al anterior, irregularidad biológica, tendencia a alejarse de lo nuevo, adaptación lenta a los cambios y expresiones negativas intensas frecuentes. Representan un 10% de la muestra [4].

A su vez, presentan rasgos de personalidad irritable, con descontrol de impulsos, e importante reactividad y disregulación emocional.

Existen varias publicaciones de estudios longitudinales [1] que demuestran la persistencia de las dificultades comportamentales y emocionales a lo largo de la

infancia y adolescencia. En el mismo sentido se plantea la asociación de las dificultades comportamentales y emocionales a la edad de 3 años con psicopatología en el adulto.

## PREVALENCIA INTERNACIONAL Y NACIONAL

Un estudio de Campbell, prospectivo, utilizando DSM y CBCL, demuestra una prevalencia de 10-15% de preescolares que presentan problemas comportamentales y emocionales de moderada a severa intensidad. **Aquellos niños que presentan problemas de comportamiento a los 3 o 4 años de edad tienen un 50% de probabilidad de continuar con problemas de conducta en la adolescencia temprana [1].**

En el estudio epidemiológico realizado sobre la Salud Mental en niños escolarizados de 6 a 11 años realizado en el Uruguay en el año 2007 [5], utilizando CBCL, (escala de 101 ítems), se demuestra una **Prevalencia de Problemas Externalizados** de 19,1%. La determinación de la **Prevalencia de Problemas Externalizados por trama etaria**, aumenta de manera importante la zona de patología en la trama de 9-11 años. Esto se asemeja con la demostración de estudios internacionales que un alto porcentaje tiende a persistir y aumentar durante la etapa escolar y adolescencia temprana [5]. La Prevalencia para Trastorno Déficit Atencional es de 7,6%, Trastorno Oposicionista Desafiante 5,8% y Trastorno Disocial 5,8%.

## ETIOLOGÍA

**Dra. Mariana Batalla, Dra. Romina Ruiz**

Los Trastornos Disruptivos (TD) obedecen a causas complejas y multifactoriales, no existe un agente causal único siendo a su vez varios los factores de riesgo o vulnerabilidades que contribuyen a su desarrollo [6]. La interacción entre factores etiológico y factores de riesgo es compleja y la acumulación de riesgo actúa no sólo en forma aditiva sino también multiplicativa.

Se destacan tres grupos de factores que contribuyen al desarrollo y curso clínico de los TD: constitucionales, genéticos, ambientales. Es la interacción de éstas variables lo que permite comprender en forma global los TD [6].

### ***Factores constitucionales***

Un gran número de investigaciones documentan la importancia de los factores constitucionales y perinatales en el TDAH.

### ***Factores Genéticos***

La importancia de la vulnerabilidad genética no está completamente aclarada, es probable que los factores genéticos intervengan tanto directamente como a través de un factor de mediación como es el temperamento. Se considera que las características del temperamento infantil tienen un origen genético o constitucional y mantienen cierta consistencia a lo largo del tiempo [6].

La heredabilidad de los comportamientos antisociales se ha estimado en un 50% aunque esto no es específico. La heredabilidad es una variable estadística que se aplica a la varianza de una población y no a individuos ni rasgos en particular. Por lo tanto si la misma es alta, significa que los factores genéticos son la mayor causa de la variación en la probabilidad que aparezca un rasgo en una población en particular en un momento determinado. No significa que sea el principal factor causal de que un rasgo aparezca en un individuo [7].

En cuanto a los factores genético-familiares, los estudios pioneros de Lahey en 1988 y Mednik en 1984 [6] demostraron que en los niños con T. Disocial, hay una mayor probabilidad de que al menos uno de los progenitores sea antisocial.

La relación entre el tiempo de convivencia de padres con y sin características antisociales, y el comportamiento antisocial en el niño ha sido estudiada [8]. Si el padre no tiene características antisociales, la ausencia paterna constituye un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de comportamiento en el niño. En el caso de padres antisociales, cuanto mayor es el tiempo de convivencia, mayor es la probabilidad de que el niño presente problemas conductuales. El análisis genético-ambiental mostró que los niños que viven con padres antisociales tienen un “doble riesgo” genético y ambiental.

Estudios recientes han mostrado resultados acerca de frecuencias génicas y polimorfismos génicos específicos relacionados con alteraciones del comportamiento. En niños hiperactivos con o sin T. Disocial hay una mayor expresión de la variedad L/L del gen transportador de la serotonina cuya presencia aumenta la función del este transportador lo que aún no tiene un correlato clínico claro [9]. Los factores genéticos interactúan con y son modificados por variables ambientales de forma compleja.

### ***Factores ambientales***

En lo que respecta a lo macro-ambiental el nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo para la aparición de un TD. Sin embargo cuando se controlan factores asociados a la clase social como el tamaño de la familia, el hacinamiento así como la falta de supervisión parental, el nivel socio económico no tiene tanta implicancia y su influencia sobre el riesgo de manifestar un T.D es principalmente indirecta estando mediada por varios otros factores.

En cuanto a lo micro-ambiental, en los niños que tienen o tendrán un T. Disruptivo es frecuente encontrar un entorno familiar muy desfavorecido, disfuncional o desorganizado. Desde el lado paterno hay una alta asociación con T. de personalidad antisocial, comportamiento delictivo y alcoholismo [6]. Desde el lado materno es frecuente la presencia de T. de personalidad, somatizaciones, abuso de alcohol y T. del humor [6].

Profundizando en los factores maternos que se asocian a la aparición de TD, J.Cohen y colaboradores [10] postula diferentes hipótesis en relación al aumento de problemas de conducta en hijos de madres depresivas. Plantea que la depresión materna altera el ambiente de crianza y cuidado, postulando la hipótesis de que las madres depresivas pueden asociar como comorbilidad rasgos de personalidad antisocial y son proclives a formar pareja y tener hijos con hombres antisociales, por lo tanto hijos heredan la vulnerabilidad a la psicopatología.

Este estudio concluye que tanto los factores genéticos como ambientales están involucrados en el mayor riesgo de comportamiento antisocial en hijos de madres depresivas.

## CLÍNICA

En la evaluación y diagnóstico se tendrá en cuenta la etapa del desarrollo en que se encuentra el niño para determinar si una conducta está dentro de lo esperado para la edad, si se trata de una exacerbación de la normalidad o se incluye en la patología. El diagnóstico es clínico basado en la entrevista clínica pudiendo utilizarse escalas estandarizadas dentro de las que se destaca la CBCL, validada para nuestro país [5], siendo utilizada en la policlínica y en los trabajos de investigación realizados por la Clínica de Psiquiatría Pediátrica.

La edad en que se puede realizar un diagnóstico de TD genera controversias. En este sentido, un estudio epidemiológico longitudinal publicado en *The American Journal of Psychiatry*, en junio de 2005 [11] testeó la validez concurrente, convergente y predictiva del diagnóstico de Trastorno de Conducta (TC) según DSM IV en niños de 4 años y medio a 5 años. Durante la evaluación observacional, los niños de 4 años y medio a 5 con diagnóstico de TC eran significativamente más proclives que los controles a presentar comportamientos antisociales y a comportarse de forma disruptiva así como a tener los factores de riesgo asociados con TC en niños mayores. En la evaluación a los 7 años presentaron mayores dificultades de comportamiento y aprendizaje. Concluye que los problemas de comportamiento en niños preescolares que cumplen criterios para TC debe ser tenido en cuenta para una intervención oportuna.

Hay diferencias en la presentación clínica según el *género*. En las niñas se manifiesta en menor medida la agresividad física apareciendo con mayor frecuencia la verbal e indirecta como la difamación, lo que se tendrá en cuenta para evitar el subdiagnóstico en el sexo femenino.

Se considerará el contexto ambiental en el cual los síntomas aparecen. El diagnóstico de T.D se hará solo cuando el comportamiento en cuestión es sintomático de una disfunción subyacente en el individuo y no simplemente una reacción al contexto social inmediato del ambiente. A menudo el diagnóstico puede aplicarse en forma errónea a individuos en condiciones particulares de un contexto de amenaza, guerra, violencia, alta criminalidad donde los patrones de comportamiento disruptivo pueden ser de protección. Lógicamente esto no significa la ausencia de TC en éstos contextos [2].

En cuanto a la presentación clínica, se destaca un grupo de síntomas nucleares constituido por inquietud, distractibilidad, impulsividad y agresividad. A los cuales se puede sumar, ruptura de normas, conductas oposicionistas, desafiantes, baja tolerancia a las frustraciones, robos, fugas, mentiras, consumo de sustancias, vandalismo. Si bien estos se agrupan constituyendo entidades nosológicas como son TDAH, TND y TC, lo importante es que éstos síntomas tienen la tendencia natural a co-agregarse formando síndromes que constituyen la entidad que se denomina T. Disruptivos.

La agresividad constituye uno de los síntomas principales de los T.D destacándose que

el comportamiento agresivo temprano marca un importante riesgo de evolución desfavorable [12].

Varios autores han caracterizado la agresividad reconociendo dos subtipos [12]:

- a) Afectiva, Impulsiva: aparece en respuesta a una amenaza percibida o frustración, que pueden ser mínimas. Es reactiva, no planificada donde predomina la rabia y el descontrol.
- b) Proactiva o Instrumental, incluye ataques coercitivos usados para conseguir un fin o un objeto material así como la destrucción voluntaria. Implica cierto control de la situación. Las víctimas son elegidas según la probabilidad de éxito y el agresor toma medidas protectoras para evitar ser dañado.

Se distinguen dos grupos:

- a) facilitada por pares: fundamentalmente limitado en la adolescencia, basada en la importancia del grupo o pandilla.
- b) “No emocional” o “psicopático”, marcado por una profunda indiferencia por las consecuencias de su agresividad sobre el otro. No aparece un remordimiento genuino. Se caracteriza por la falta de empatía y el egocentrismo. Estos jóvenes son responsables de delito violentos muy graves, su comportamiento agresivo es *persistente* y se ha demostrado que puede manifestarse desde etapas muy tempranas.

FriK y col [12] identifica dos categorías abierta / encubierta y destructiva / no destructiva relativamente independientes que dicotomizadas y cruzadas puede dar cuadrantes que categoricen la mayor parte del comportamiento agresivo.

## COMORBILIDADES

**Dra. Eugenia Hernández Sepich, Dra. Gabriela Lungo**

Clasificado en el DSM IV bajo los trastornos de comportamiento perturbador, el diagnóstico de Trastorno Opositor Desafiante muestra una continuidad con el Trastorno de Conducta y está solapado con el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.

En una investigación realizada por Stringaris y colaboradores se plantea como hipótesis principal que el TOD está compuesto por 3 dimensiones, cada uno con una asociación mórbida distinta, destacando además que el TOD ocupa un lugar central en el desarrollo de la psicopatología [13].

Estos hallazgos muestran que estas 3 dimensiones dentro del TOD refleja la heterogeneidad en la etiología, psicopatología, pronóstico y elección del tratamiento. El TOD puede ser fraccionado en una dimensión IRRITABLE, (que es la combinación de temperamento difícil, enojos, baja tolerancia a las frustraciones), siendo esta dimensión concebida como representante de la reactividad emocional negativa y la disregulación emocional.

La dimensión Irritable está asociada con desórdenes emocionales en los siguientes 3 años.

Se ha visto además que los niños con una severa disregulación del humor es más probable que desarrollen depresión más que un Trastorno Disruptivo en el futuro.

La dimensión OPOSICIONISTA compuesto por síntomas como ser argumentativos y de romper las reglas está particularmente asociado con el diagnóstico de TDAH.

Los investigadores plantean además que todas las Dimensiones van a predecir el diagnóstico de Trastorno de Conducta o Trastorno Disocial pero se espera que la Dimensión Destructiva (compuesto por vandalismo) va a predecir principalmente los síntomas agresivos que dominan el Trastorno de Conducta.

En cuanto a las comorbilidades del Trastorno Oposicionista Desafiante y del Trastorno de Conducta las más frecuentes son [2] :

- TDAH, presentándose 10 veces más frecuente de lo esperado.
- Depresión mayor que se presenta alrededor de 7 veces más frecuente.
- Abuso de sustancias (en adolescentes la comorbilidad es 4 veces más frecuente).

También se ha establecido que los pacientes con un trastorno bipolar tienen una mayor prevalencia de trastornos disruptivos y viceversa [2].

Se ha visto además que los Trastornos Oposicionista Desafiante o el Trastorno de Conducta acompañados de TDAH muestran mayor agresividad y persistencia de la sintomatología que si el TDAH está ausente [2].

La asociación de TOD y TDAH tiene igual probabilidad de desarrollar un Trastorno de Conducta que si el TOD se presenta como único trastorno [2].

Sin embargo cuando se presenta el TOD comórbido con TDAH el trastorno de conducta aparece precozmente y tiene peor pronóstico incluyendo la agresión sostenida [2].

Niños con TDAH + TC tienden a tener un nivel socioeconómico más bajo, una cargada historia familiar de conductas antisociales y problemas de aprendizaje [2].

En cuanto a los problemas de aprendizaje existe un estudio epidemiológico sobre la salud mental de los niños uruguayos donde detectó que la presencia de alteraciones emocionales y conductuales tiene repercusión en los procesos del aprendizaje [5].

## DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Uno de los diagnósticos diferenciales a realizar es el denominado “Síndrome de Disregulación Emocional” [14].

Para facilitar la búsqueda del Trastorno Bipolar Pediátrico Liebenluft en el 2003 describió un síndrome al que denominó “Disregulación Severa del Humor” (SMD).

Este síndrome puede ser visto en subtipos específicos del Trastorno Bipolar Pediátrico que han sido llamados “fenotipo amplio”, un término usado para describir niños en quienes el diagnóstico nosológico de Trastorno Bipolar no está claro.

Los niños en la comunidad con síntomas del Síndrome de Disregulación Emocional usualmente reciben el diagnóstico de Trastorno Bipolar.

Liebenluft usa el término “SDE” en oposición al “fenotipo estrecho BD” para referirse a estos niños.

El propósito inicial de desarrollar la categoría de “SDE” era facilitar la comparación del “SDE” en jóvenes con los que claramente tiene los criterios por el DSMV para BD. Distinto del BD clásico, que presenta episodios de cambios del humor, Liebenluft ha

definido SDE como una condición caracterizada por una base anormal en cuanto al humor (irritabilidad, enojos y/o tristeza que es observada por otros y lo presenta la mayor parte del tiempo). Además el SMD involucra el Hiperaural (los últimos 3 de los siguientes (insomnio, distactibilidad, fuga de ideas) y una aumentada reactividad emocional negativa al menos 3 veces en la semana. Estos síntomas deben comenzar antes de los 12 años de edad, persistir por más de 1 año (sin periodos libres de síntomas que exceden las 2 semanas) y causar una alteración en las funciones en al menos 1 ámbito (familia, escuela o con pares).

Los criterios de exclusión para este síndrome son [15]:

- Presencia de síntomas cardinales del Trastorno Bipolar como humor elevado o expansivo, grandiosidad, disminución de horas de sueño.
- Los síntomas se presentan en distintos periodos con una duración mayor de 4 días.
- Presencia de criterios para esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, enfermedad esquizoafectiva.
- Presencia de criterios de abuso de sustancias en los últimos 3 meses.

La mayoría de los niños que cumplen los criterios de disregulación grave del estado de ánimo también cumplen con criterios DSM-IV para TDAH y TOD ya que la grave disregulación del estado de ánimo captura muchos síntomas de estos diagnósticos [14].

## PARACLINICA EN LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS

### Dr. Jorge Bello

El comportamiento disruptivo es la expresión clínica de diferentes trastornos psiquiátricos. La paraclínica se solicitara de acuerdo a la presentación temporal del cuadro, la patología de base y las comorbilidades.

Los objetivos de la valoración paraclínica en niños con comportamiento disruptivo se pueden jerarquizar en:

A) Búsqueda de causas precipitantes y/o de mantenimiento de las conductas disruptivas.

B) Monitorización del tratamiento farmacológico.

Entre las causas médicas que pueden estar precipitando o manteniendo las conductas disruptivas se destacan: el hipo e hipertiroidismo, la hipoglucemia, la epilepsia del lóbulo temporal, el TEC, la esclerosis múltiple, el lupus eritematoso sistémico y la enfermedad de Wilson [16].

Inicialmente se solicitara TSH, T4, glucemia e insulinemia basal y de acuerdo a orientación clínica EEG y TAC entre otros.

Algunos fármacos pueden desencadenar o exacerbar las conductas disruptivas, destacándose los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, antidepresivos tricíclicos, corticoides orales o intravenosos, amins simpaticomiméticas como la pseudoefedrina y xantinas como la aminofilina [16].



Previo a comenzar el tratamiento farmacológico (Tabla 1), se deberá contar con una historia clínica médica y con una evaluación física y neurológica. La historia de los tratamientos previos incluye conocer el tipo de fármaco recibido, el tiempo de administración, la dosis e intervalo, como así también la eficacia y presencia de efectos adversos. De esta manera se lograra realizar la indicación medicamentosa de la forma más adecuada, descartando a aquellos fármacos que ya demostraron su ineficacia (fueron administrados en dosis y tiempo adecuado), o que fueron intolerables por sus efectos adversos. Además deben identificarse y evaluarse cuidadosamente los síntomas diana sobre los que se pretende intervenir, para la adecuada elección y monitorización del tratamiento farmacológico. La adhesión al tratamiento deberá valorarse periódicamente en el paciente y en la familia[17].

La monitorización será periódica e incluye aspectos clínicos como paraclínicos.

TABLA 1

Exámenes de Laboratorio a Solicitar Previo y Durante el Tratamiento Farmacológico con:

Fármaco	Paraclínica Inicial	Seguimiento	Frecuencia	Comentarios
Litio	Hemograma, Ionograma, Azoemia Creatininemia, TSH, T4 libre, análisis de orina, calcio, albúmina, BHCG, altura, peso, índice de masa corporal	Litemia Azoemia, Creatininemia, TSH, T4 libre, análisis de orina, calcio, albúmina, altura, peso, índice de masa corporal	Litemia cada cambio de dosis o cada 3-6 meses Resto cada 3-6 meses Cada cita	El clearance de creatinina en orina de 24 hs puede marcar poliuria, proteinuria y cambios en la creatininemia
Valproato	Hemograma con recuento plaquetario, ASAT, ALAT, Lipasa sérica, altura, peso, índice de masa corporal, historia menstrual	Dosificación de valproato en sangre Hemograma con recuento plaquetario, ASAT, ALAT, lipasa sérica altura, peso, índice de masa corporal, historia menstrual	Cada 2 semana x 2, luego cada mes x 2 entonces cada 3-6 meses Cada cita	Riesgo de falla hepática es más alto en los primeros 6 meses de tratamiento. Repetir lipasa si hay sospecha de pancreatitis
Carbamazepina	Hemograma con recuento plaquetario, ASAT, ALAT, Ionograma	Dosificación de carbamazepina Hemograma con recuento plaquetario, ASAT, ALAT, Ionograma	Primero 3-4 semanas después del cambio de dosis Después cada 3-6 meses	Realizar paraclínica ante: fiebre inexplicable, dolor de garganta, linfadenopatía y fatiga intensa
Antipsicóticos Atípicos	Glucosa, triglicéridos, colesterol total, HDL, LDL, EMIA, altura, peso, IMC, Para ziprasidona EKG	Glucosa, triglicéridos, colesterol total, HDL, LDL, EMIA, altura, peso, IMC. Si es necesario EKG Prolactinemia solo si hay síntomas	3 meses después de empezar, y luego q 6-12 meses q 3-6 meses Cada cita	Monitorear el estado metabólico y el aumento de peso

[18] Modificada

Referencias: EMIA- Escala Movimientos Involuntarios Anormales; ASAT- Aspartato Aminotransferasa; ALAT- Alanina Aminotransferasa

El control clínico deberá incluir el registro de las constantes vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria) y el peso, talla e I.M.C (Índice de Masa Corporal).

Las pruebas básicas de laboratorio a solicitar previo a comenzar el tratamiento farmacológico y durante el mismo son: hemograma, glucemia, insulinemia basal, funcional y enzimograma hepático, azoemia, creatininemia, perfil tiroideo y perfil lipídico [18]. Algunas circunstancias pueden requerir ciertos estudios más específicos como por ejemplo prueba de embarazo, determinación de drogas en sangre y orina, nivel de prolactina, hemoglobina glicosilada o evaluación electrocardiográfica [19].

### **TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS**

“En general se admite que no existen tratamientos únicos efectivos y que la farmacoterapia no constituye la primera línea de tratamiento en estos pacientes. Las intervenciones efectivas son multimodales, dirigidas a cada una de las áreas disfuncionales, diseñadas de acuerdo al contexto del paciente, incluyendo técnicas conductuales e intervenciones psicosociales” [17].

La farmacoterapia es apropiada en casos de conductas hiperactivas, agresivas, destructivas, impulsivas o explosivas, pero ineficaz ante conductas mas encubiertas como el robo o las mentiras [17].

Los fármacos utilizados frente a los trastornos del comportamiento son los antipsicóticos típicos y atípicos, los psicoestimulantes, los anticomociales o reguladores del humor así como otros con propiedades antiimpulsivas y antiagresivas [12].

### **Anticonvulsivantes**

Este grupo de fármacos es de utilidad en el tratamiento de los trastornos de comportamiento en la infancia y la adolescencia. Se ha observado que los anticonvulsivantes con eficacia clínica comparten una característica común: todos ellos tienen propiedades neuroprotectoras. Esta capacidad está dada por su acción neurotrófica en la neurona y por su capacidad en retardar la apoptosis. En el adulto se demostró además su capacidad neurogénica [16].

Mostraremos el perfil clínico de este grupo farmacológico:

Carbamazepina: propiedades antimaniacas y antiagresivas, Oxcarbamazepina: reducción de conductas impulsivas y agresivas, Valproato: reducción de la impulsividad y estabilizador del humor, Topiramato: reducción de la hostilidad y agresividad, Lamotrigina: reducción de conductas impulsivas [20].

### **Antipsicóticos**

Los antipsicóticos son fármacos comúnmente usados en el control de pacientes con comportamiento disruptivo. Los típicos son utilizados habitualmente en etapas agudas y por periodos cortos dados sus efectos adversos [17].

Los antipsicóticos atípicos se distinguen de los anteriores fundamentalmente por su menor cantidad de efectos adversos a nivel neurológico, sin embargo es necesario monitorear los efectos adversos metabólicos (Tabla 2), como la obesidad, diabetes e

hipercolesterolemia, siendo éstos factores de riesgo mayores modificables para el desarrollo de patología cardiovascular [21].

La risperidona es el fármaco más estudiado y utilizado en este grupo, presentando la menor cantidad de efectos adversos con una muy buena respuesta clínica (Tabla 3), constituyendo el antipsicótico de primera elección a pesar del potencial aumento de la prolactina y la ganancia de peso [19].

En pacientes con nula adherencia v/o se puede administrar risperidona I/M, de depósito cada 15 días con buenos resultados preliminares, careciendo aún del apoyo de otros estudios clínicos [22].

En pacientes epilépticos en tratamiento crónico con anticomiciales, la risperidona mostró ser efectiva y segura en el manejo agudo de las conductas disruptivas. Al comparar los EEG iniciales y a las cuatro semanas no se reportaron modificaciones o incremento en la actividad epiléptica [23].

A nivel hematológico, la clozapina requiere un control estricto por sus graves efectos adversos, constituyéndose en el último recurso terapéutico en este grupo poblacional [19].

TABLA 2

Parámetros Metabólicos y de Peso Corporal en Niños y Adolescentes

<b>VARIABLES</b>	<b>Niños y Adolescentes</b>
<b>Peso corporal</b>	
• Bajo peso	IMC < percentil 5 para sexo y edad
• Normal	IMC entre percentil 5 - <85 para sexo y edad
• Sobrepeso	IMC entre percentil 85 - <95 para sexo y edad
• Obesidad	IMC > percentil 95 para sexo y edad
<b>VARIABLES</b>	<b>Niños y Adolescentes</b>
<b>Lípidos en sangre</b>	
• Colesterol total	> o = 170 mg/dl
• Lipoproteínas de baja densidad (LDL)	> o = 130 mg/dl
• Lipoproteínas de alta densidad (HDL)	< 40 mg/dl
• Triglicéridos	> o = 110 mg/dl
<b>Glucosa e insulina en sangre</b>	
• Hiperglucemia de ayuno	100 - 125 mg/dl
• Diabetes de ayuno	> o = 126 mg/dl (repetida)
• Hiperinsulinemia de ayuno	> 20 umol/lt
<b>Síndrome metabólico</b>	
• Obesidad Abdominal	3 o más criterios Perímetro cintura abdominal > percentil 90 o IMC > percentil 95 para sexo y edad
• Triglicéridos de ayuno	> o = 110 mg/dl
• HDL de ayuno	< 40 mg/ dl
• Presión arterial	> o = percentil 90 para edad y sexo
• Glucosa de ayuno	> o = 110 mg/dl

TABLA 3

Comparación de los efectos adversos de los antipsicóticos de segunda generación en niños y adolescentes.

Efectos Adversos	Aripiprazol	Clozapina	Olanzapina	Quetiapina	Risperidona	Ziprasidona
Anticolinergicos	0	+++	++	0/+	0	0
ESE Agudo	+a	0	+a	0	++a	+a
Diabetes	0/+b	+++	+++	++	+	0/+b
Lípidos	0/+b	++	++	+	+	0/+b
Neutropenia	0/+	++	0/+	0/+	0/+	0/+
Ortostatismo	0/+	+++	++	++	+	0
Prolactina	0	0	+a	0	++a	+a
QTc intervalo	0/+c	+c	0/+c	+c	+c	++c
Sedación	0/+	+++	++	++e	+	0/+
Convulsiones	0/+	++a	0/+	0/+	0/+	0/+
Discinecia tardía	0/+b	0	0/+d	0/+d	0/+d	0/+b
Ganancia peso	+	+++	+++	++	++	+

[19]

Referencias: 0, ninguno; 0/+, mínimo; +, leve; ++, moderado; +++, severo.

a Efecto relacionado con la dosis.

b La insuficiencia de datos a largo plazo impide determinar el riesgo plenamente

c Evidencia para el desarrollo de torsade de punta no establecido

d Menos del 1% por año en los adultos que a menudo eran pretratados con antipsicóticos de primera generación.

e Mas sedación a dosis bajas

### Otros fármacos

El litio es utilizado como antiagresivo en el trastorno disruptivo y como estabilizador del humor en el trastorno bipolar [17] requiriendo un estricto control clínico que limita su uso práctico en este grupo poblacional.

La clonidina es un agonista adrenérgico alfa 2, antihipertensivo con propiedades en el control de la hiperactividad y la hiperactivación con disminución de la agresividad [20]. El metilfenidato es un psicoestimulante que mejora la alerta, y por ende la capacidad de atención, junto a una disminución de la impulsividad y la hiperactividad en el TDAH [24].

La atomoxetina mejora el déficit de atención con una disminución de la hiperactividad/impulsividad [24].

### GUIA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS

Guía elaborada por Pappadopulos y cols [17] en 2003, modificada en 2009 por el Equipo de la Policlínica de Trastornos Graves del Humor y del Comportamiento de la Cátedra de Psiquiatría Pediátrica, Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

1. Evaluación diagnóstica como primer paso antes de usar cualquier tratamiento farmacológico, con el fin de desarrollar un modelo conceptual-etiológico y una formulación clínica de los síntomas del paciente.
2. Valoración de los efectos de los tratamientos y de sus resultados, utilizando tanto escalas estandarizadas como el propio juicio clínico.
3. Iniciar el tratamiento con una aproximación psicosocial y psicoeducativa, utilizando la medicación, cuando sea preciso, siempre en el contexto de una aproximación más amplia que incluya programas de control de contingencias, entrenamiento de padres y psicoeducación.
4. Usar como primera línea farmacológica tratamientos adecuados a la psicopatología presentada por el paciente, intentando buscar siempre un régimen de monoterapia.
5. Usar un antipsicótico atípico antes que uno típico en el tratamiento de la agresividad, dado su mejor perfil de seguridad.
6. Estrategias de dosificación conservadoras (empezar con dosis bajas, e ir incrementando gradualmente), no considerando ineficaz un fármaco sin un período mínimo de dos semanas de tratamiento a una dosis apropiada.
7. Probar técnicas de manejo psicosocial en las crisis antes del uso de un psicofármaco.
8. Evitar el uso frecuente de medicación de emergencia para el control de las conductas, considerando que de ser necesaria debe valorarse la optimización del tratamiento crónico.
9. Valorar rutinaria y sistemáticamente la presencia de efectos adversos tanto clínica como paraclínicamente. Se controlaran los signos vitales, el peso, la función cardíaca, síntomas de activación conductual, signos extrapiramidales y aquellos asociados a un aumento en los niveles de prolactina, función hepática, metabolismo de la glucosa - hemoglobina A1c-, perfil tiroideo y lipídico).
10. Asegurarse de haber realizado un ensayo adecuado (en dosis y duración) antes de plantear el fracaso de un fármaco y su cambio por otro.
11. Si es preciso cambiar el fármaco, probar con otro antipsicótico atípico, planteando tras el fracaso de dos atípicos el uso de un antipsicótico típico, un estabilizante del humor o un ensayo en politerapia, y reservando la clozapina (último recurso farmacológico dado sus graves efectos adversos a nivel hematológico) sólo para cuando hayan fracasado tres o más ensayos de tratamiento farmacológico.
12. Considerar la adición de un estabilizante del humor si la respuesta a un primer antipsicótico atípico es parcial.
13. Si el paciente no responde a un ensayo en régimen de polifarmacia, considerar la retirada de uno o más fármacos, priorizando para su retirada los que potencialmente presenten mayores efectos adversos, los de menor eficacia demostrada y los que con más probabilidad puedan interactuar con otros fármacos, haciéndolo gradualmente en dosis pequeñas a lo largo de 2-4 semanas;
14. En el caso del tratamiento de conductas disruptivas aisladas (que no configuren un trastorno), considerar la discontinuación del mismo cuando se ha logrado la remisión de los síntomas diana durante 6 o más meses, retirando la mitad de la dosis utilizada cada dos semanas y valorando los síntomas antes de cada nueva disminución. En el resto de las situaciones se plantea el tratamiento crónico.

## MODELOS DE ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS

Dr. Guzmán Schroeder

### I. INTRODUCCIÓN

Dado que “en la práctica clínica, los niños con trastornos disruptivos, son tratados con una variedad de aproximaciones psicológicas, conductuales y farmacológicas solas o combinadas, dirigidas al niño y/o la familia” [2], nos referiremos en primer lugar a los “**Principios Generales para tener en mente a la hora de abordar estos trastornos**” [2]:

1. **Los trastornos disruptivos tienden a tornarse una condición crónica** y el tratamiento debe adecuarse a esto.
2. **La intervención en la estructura psicosocial debe ser la primera línea de tratamiento** para el TOD y el TC, y debe continuar aún que el tratamiento farmacológico se haya iniciado posteriormente.
3. **El tratamiento precoz es más efectivo**; el trastorno disocial es más resistente al tratamiento cuando está establecido.
4. **El tratamiento debe incluir a los padres**. En la mayoría de las instancias, el mejoramiento de las habilidades parentales y la interacción padres -hijo es la meta central.
5. **Las condiciones comórbidas**, deben ser identificadas, y tratadas adecuadamente.
6. **La psicopatología parental** (depresión parental, psicosis, abuso de sustancias), también deben ser identificada y tratada.
7. **Es muy útil identificar las fortalezas de los niños y sus familias**, además de focalizar sus problemas.
8. La atención del stress, el miedo, la desesperanza que estas familias experimentan **y proporcionar cierta calma y control a las familias es frecuentemente el primer escalón del abordaje**.
9. **La meta del tratamiento debe ser realista** y modificarse de acuerdo al progreso. Por ejemplo, prevenir o minimizar el abuso de sustancias o el involucramiento en actividades delictivas en adolescentes con trastorno disocial es más apropiado como escalón inicial que la resolución sintomática.
10. Debido a que estos jóvenes, muestran usualmente disturbios en múltiples áreas, con importante repercusión funcional y múltiples necesidades en varios dominios **el abordaje multimodal es el más indicado**.
11. **La asociación con pares con conductas inadaptadas** es un factor bien establecido que incrementa el riesgo de conductas problemáticas, delincuencia, y uso de drogas en los adolescentes.
12. En el caso de del TOD, la meta es aumentar la docilidad u obediencia y reducir conflictos. Por lo tanto el tratamiento debe incluir caminos para que el joven se vuelva más cooperativo, menos contestatario, sea más aceptado por pares, frecuentemente en un entorno de terapia familiar.

## II. META-ANÁLISIS

A los efectos de presentar y evaluar los diferentes modelos de abordaje que se emplean en la práctica clínica, citaremos una revisión publicada en *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry-Volumen 47; mayo 2008: "IDENTIFICACIÓN DE ELEMENTOS COMUNES EN TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES BASADOS EN LA EVIDENCIA" [25]*.

El propósito de este artículo es describir un nuevo método para identificar elementos comunes de **prácticas basadas en la evidencia (PBE)** que resultaron de una revisión sistemática de intervenciones realizadas en niños con alteraciones disruptivas del comportamiento y con sus padres.

Casi todos los esfuerzos de estudio e implementación de **PBE** han usado los tratamientos individuales como unidad de análisis. Una aproximación complementaria es introducida usando elementos comunes agregados de múltiples programas de tratamientos individuales basados en la evidencia.

Se identifican 8 programas de tratamiento individual con eficacia bien establecida para niños de 4 a 13 años con trastornos disruptivos, se revisan todos los materiales de tratamiento exhaustivamente, identificando elementos medulares para cada uno, así como los elementos comunes que aparecían en por lo menos la mitad de los programas de eficacia comprobada. La validación de estos elementos comunes fue confirmada a través de una encuesta nacional de expertos (usando la técnica Delphi modificada).

Hay 21 elementos terapéuticos comunes que se agrupan en **contenidos terapéuticos; técnicas terapéuticas; la alianza terapéutica y parámetros de tratamiento:**

- **Los contenidos terapéuticos:**
  - Principios de reforzamiento positivo
  - Principios de puesta de límites y penitencias efectivos
  - Interacción padres-hijos
  - Habilidad en la resolución de problemas
  - Manejo de la ira
  - Educación en los afectos
  - Anticipación de dificultades/prevención de recaídas
  
- **Las técnicas:**
  - Reforzamiento positivo
  - Penitencias y puesta de límites
  - Psicoeducación/didáctica
  - Asignación de tareas domiciliarias
  - Role playing/ensayos de conducta
  - Modelaje

- Materiales didácticos y de información
- Revisión de metas y progresos
  
- **Alianza terapéutica:**
- Objetivos consensuados
- El rapport
  
- **Parámetros de tratamiento**
- Duración; frecuencia; participación conjunta de padres y niños.

Los autores concluyen que la identificación de los elementos medulares en las PBE tiene importantes implicaciones en los esfuerzos de caracterizar las prácticas, así como en el entrenamiento de los terapeutas y la implementación de estas prácticas en los servicios comunitarios. El entrenamiento de los terapeutas con la supervisión correspondiente, que se hace en base a los elementos comunes de las PBE, puede potencialmente mejorar la efectividad en su totalidad. Esto puede incluso contribuir, a una fundamentación fuerte para los esfuerzos de implementación de tratamientos individuales, realzando las habilidades y las actitudes de los terapeutas sobre las PBE.

### III. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

**1. EL CLÍNICO DEBE DESARROLLAR UN PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO DE ACUERDO A LA SITUACIÓN CLÍNICA ESPECÍFICA DEL CASO [26] MS\*-(Minimal Standard: recomendación que está basada en evidencias empíricas rigurosas, como estudios randomizados y controlados y/o por consensos clínicos relevantes, con validez de aplicación mayor al 95% de los casos).**

Como en todos los trastornos psiquiátricos, el clínico debe desarrollar un plan de tratamiento de acuerdo a la situación biopsicosocial del caso. La intervención debe abordar las áreas que han sido evaluadas como disfuncionales (destacando en este punto, el funcionamiento académico, por las importantes consecuencias y el compromiso frecuente de esta área).

**El tratamiento multimodal** es el más indicado, dada la frecuente presencia de comorbilidades. Diferentes modalidades van a importar más según el caso individual, dependiendo de la edad del niño, la severidad de los problemas, las metas, recursos y circunstancias de los padres. Éste debe apuntar a varios objetivos y ser extensivo, combinando psicoterapia individual, psicoterapia familiar, farmacoterapia e intervenciones ecológicas (que incluya la escuela y el entorno), especialmente en los casos graves y persistentes.

Diferentes edades admiten diferentes modalidades de tratamiento. **En preescolares**, el énfasis debe ser puesto en la educación y el entrenamiento de los padres; **en los escolares**, puede considerarse también un abordaje individual, que va a ser la más indicada **en la adolescencia**, junto a la intervención familiar.



**Las intervenciones ecológicas** ofrecen una oportunidad para una intervención temprana en diferentes niveles (por ejemplo, la escuela), y provee protección cuando es necesario en el caso particular de hospitalización o institucionalización.

Las dos formas de tratamiento basados en la evidencia más estudiados son **el entrenamiento en la habilidad para la resolución de problemas** en la modalidad de abordaje individual, y la intervención familiar en la forma de **entrenamiento parental**.

#### **a) El entrenamiento en la habilidad para la resolución de problemas.**

“El entrenamiento en la habilidad para la resolución de problemas debe ser específico para los problemas encontrados, basado en el comportamiento y orientado lo más posible a la habilidad para resolver problemas, encontrando soluciones adaptativas, y aumentando la comprensión de los problemas interpersonales” [2]. Juegos, actividades estructuradas, historias, modelaje, rol playing y reforzamientos son técnicas útiles en esta modalidad de abordaje.

Otras formas de abordaje individual como **el entrenamiento asertivo individual y la terapia emocional racional** mostraron también eficacia comprobada en por lo menos 2 estudios, en una revisión de 82 estudios controlados.

Hay evidencia también, en base a un análisis retrospectivo de una larga serie de casos, que **el abordaje orientado psicodinámicamente puede ser útil (Fonagy y Target)**.

#### **b) Entrenamiento Parental.**

“El entrenamiento parental, basado en los principios del condicionamiento operante y teorías del aprendizaje social, es uno de los métodos sustantivos en el tratamiento de la salud mental de los niños, y ayuda a los padres o cuidadores a un mejor manejo de las conductas disruptivas” [2].

Los principios de esta aproximación pueden ser resumidos de la siguiente manera [26]:

1. La reducción del reforzamiento positivo de la conducta disruptiva.
2. Incrementar el reforzamiento del comportamiento prosocial
3. La aplicación de las consecuencias y/o la punición de las conductas disruptivas
4. Hacer las respuestas parentales contingentes y predecibles.

Estas intervenciones son efectivas en la comunidad y en las muestras clínicas. Apuntan a uno de los procesos causales más estudiados por el que los niños se vuelven opositonistas: cuando responden a demandas de los padres, quienes sin saberlo refuerzan positivamente la conducta disruptiva.

El entrenamiento parental tiene la más extensa investigación en este campo. Tiene efectos indirectos en el relacionamiento con sus hermanos, sobre la psicopatología materna, satisfacción marital y la cohesión familiar.

Las limitaciones de esta modalidad terapéutica incluye el N° sustancial de padres que no completan el programa, la frecuente ineffectividad en las familias muy disfuncionales y que está dirigido para niños más pequeños.

Los programas tienen que [2] :

1. Ser estructurados y basarse en los principios de la teoría social del aprendizaje
2. Incluir estrategias relacionales
3. Ofrecer un número suficiente de sesiones
4. Habilitar a los padres para identificar sus propios objetivos parentales
5. Incorporar el rol playing durante la sesión así como entre las sesiones como tareas domiciliarias para acceder a la generalización de las nuevas conductas ensayadas en la situación familiar.
6. Ser suministrados por facilitadores hábiles y adecuadamente entrenados y supervisados, y ser capaces de lograr una alianza terapéutica con los padres y con los niños.
7. Proveer de las ayudas para una implementación consistente.

## 2. ACERCA DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA (MS) \*[26]

Para la evaluación y la asistencia de estos pacientes se requiere el establecimiento de una **alianza terapéutica con los padres y con los niños construida separadamente**. Hacerlo requiere frecuentemente de paciencia y perseverancia, a la vez que nos evita ser arrastrados a una lucha de poder. Es importante aclarar pronto nuestro rol de ayudantes del paciente. El apoyarse externamente en información colateral (padres y maestros) puede alienar al paciente aún más, e impedir que el clínico pueda comprometerse adecuadamente en la relación terapéutica, aunque esto pueda variar con la edad del paciente. Los niños son traídos frecuentemente por sus padres y muchas veces no están de acuerdo acerca de la naturaleza (o existencia) del problema y es común que los desmotive para resolverlo. **El compromiso con los niños se accede frecuentemente por la empatía** con la ira y la frustración, más que por sancionar las conductas opositoras y agresivas. La mayoría de los pacientes toma conciencia que "se pasa de la raya", sin embargo esta capacidad depende de la edad. Ellos tienden defensivamente a racionalizar su comportamiento y a justificarlo por las circunstancias, pero no están contentos con esto. La suma del enojo, el desafío, el insight, y la infelicidad abren la única puerta para la construcción de una alianza. Simultáneamente, los clínicos deben construir asuntos relacionado con la parentalidad sin hacer que los padres se sientan acusados o juzgados.

### c) Prevención [26]

La intervención preventiva puede desarrollarse tanto en la escuela, clínicas y otros espacios comunitarios. El profesional de la salud mental tiene un rol crítico en la tarea de educación de la comunidad y líderes políticos en las ventajas de la prevención, con médicos de atención primaria, maestros y otros profesionales.

*Las visitas domiciliarias*, es una de las medidas preventivas más difundidas, y parece

jugar un rol importante para la prevención en familias de riesgo, pudiendo mejorar aspectos cognitivos, sociales, del lenguaje y reducir el maltrato infantil y problemas conductuales.

La reducción de la pobreza, con el consiguiente acceso a recursos, una vida digna y oportunidades, es en relación al desarrollo de estas patologías, también muy importante.

#### IV. INVESTIGACIÓN

En la Policlínica de Trastornos Graves del Humor y la Conducta coordinada por la Profesora Dra. Laura Viola hemos emprendido recientemente una investigación acerca de *la repercusión familiar* que generan los niños con estas patologías. Nos pareció importante medir este aspecto y evaluarlo, para lo cual nos pusimos en contacto con el Depto. de Psicología Médica de la Facultad de Medicina-Udelar que nos facilitó un instrumento -el PEDS-QL- para la medición de Calidad de Vida en Relación al Salud - CVRS- de reconocimiento internacional y validado para nuestro país.

Este instrumento -que estamos aplicando en la policlínica y en la escuela Nº 204 de niños con alteraciones comportamentales-, mide 5 áreas de funcionamiento:

1. **Físico** (enfermedades, dolores, fatiga);
2. **Emocional** (ansiedad, depresión);
3. **Cognitivo** (atención, memoria, pensamiento);
4. **Social** (recreación);
5. **Comunicación**

El objetivo de esta investigación es conocer la repercusión en las diferentes áreas que generan los niños con estas patologías y generar insumos para estrategias terapéuticas adecuadas a la grave disfuncionalidad que presentan frecuentemente estos niños y sus familias.

**RESUMEN:** El término Conducta Disruptiva se refiere a un patrón de descontrol de la conducta capaz de desorganizar al niño, siendo éste el motivo de consulta más frecuente en los centros de salud mental infantil.

El trastorno de Conducta Disruptivo es un constructo de entidades nosológicas, que comparte un conjunto de síntomas como agresividad, hiperactividad, e impulsividad entre otros.

Es un cuadro que se entreteteje a partir de situaciones de vulnerabilidad genética, de alteraciones vinculares y aspectos sociales donde la comprensión epigénica permitiría incidir en los diferentes factores que actúan en la evolución de estos trastornos.

El conocimiento de estos factores así como el planteo de una estrategia terapéutica temprana es de vital importancia para poder lograr un pronóstico favorable.

---

**BIBLIOGRAFÍA**

---

- [1] Thomas JM, Guskin KA. Disruptive behavior in young children: what does it mean? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001 Jan;40(1):44-51.
- [2] Lewis M. Oppositional defiant and conduct disorder. In: Andrés Martin M, MPH, Fred R.Volkmar M, eds. *Lewi's child and adolescent psychiatry A Comprehensive Textbook*. 4th ed 2007:454-66.
- [3] Rutter M. Temperament and Personality. In: Rutter M, ed. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 5th ed: Blackwell Publishing 2008:182-98.
- [4] Lewis M. Temperament. In: Lewis M MB BFD, ed. *Lewi's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 3rd ed. New Haven, Connecticut: Williams & Wilkins 2007:145-8.
- [5] Viola L, Garrido G, Varela A. Estudio epidemiológico sobre Salud Mental de los niños uruguayos. 2nd ed. Montevideo: GEGA 2008.
- [6] Wiener J, Dulcan M. Trastorno Disocial y Trastorno Negativista Desafiante. In: Wiener J, Dulcan M, eds. *Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia*. Barcelona: MASSON 2006:511-30.
- [7] Moffitt TE. The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: gene-environment interplay in antisocial behaviors. *Psychological bulletin*. 2005 Jul;131(4):533-54.
- [8] Pfiffner LJ, McBurnett K, Rathouz PJ. Father absence and familial antisocial characteristics. *Journal of abnormal child psychology*. 2001 Oct;29(5):357-67.
- [9] Beitchman JH, Baldassarra L, Mik H, De Luca V, King N, Bender D, et al. Serotonin transporter polymorphisms and persistent, pervasive childhood aggression. *The American journal of psychiatry*. 2006 Jun;163(6):1103-5.
- [10] Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A, Pawlby SJ, Caspi A. Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. *Archives of general psychiatry*. 2005 Feb;62(2):173-81.
- [11] Kim-Cohen J, Arseneault L, Caspi A, Tomas MP, Taylor A, Moffitt TE. Validity of DSM-IV conduct disorder in 41/2-5-year-old children: a longitudinal epidemiological study. *The American journal of psychiatry*. 2005 Jun;162(6):1108-17.
- [12] Lewis M. Aggression in children: an integrative approach. In: Andrés Martin M, MPH, Fred R.Volkmar M, eds. *Lewis's child and adolescent psychiatry*. 4th ed: Advisory Board 2007:467-82.
- [13] Stringaris A, Goodman R. Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009 Apr;48(4):404-12.
- [14] Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, Dickstein DP, Guyer AE, Costello EJ, et al. Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biological psychiatry*. 2006 Nov 1;60(9):991-7.
- [15] Rich BA, Schmajuk M, Perez-Edgar KE, Fox NA, Pine DS, Leibenluft E. Different psychophysiological and behavioral responses elicited by frustration in pediatric bipolar disorder and severe mood dysregulation. *The American journal of psychiatry*. 2007 Feb;164(2):309-17.

- [16] Kowatch RA, DelBello MP. Pediatric bipolar disorder: emerging diagnostic and treatment approaches. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2006 Jan;15(1):73-108.
- [17] Herreros O, Sánchez F. Actualización en el tratamiento farmacológico de los Trastornos del Comportamiento de la Adolescencia 2004 Madrid;N° 1:58-65.
- [18] Lewis M. Bipolar Disorder. In: Andrés Martin M, MPH, Fred R. Volkmar M, eds. *Lewi's Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook*. 4th ed: Williams & Wilkins 2007:513-28.
- [19] Correll CU, Penzner JB, Parikh UH, Mughal T, Javed T, Carbon M, et al. Recognizing and monitoring adverse events of second-generation antipsychotics in children and adolescents. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2006 Jan;15(1):177-206.
- [20] Soller MV, Karnik NS, Steiner H. Psychopharmacologic treatment in juvenile offenders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2006 Apr;15(2):477-99, x.
- [21] Correll CU. Antipsychotic use in children and adolescents: minimizing adverse effects to maximize outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008 Jan;47(1):9-20.
- [22] Rodríguez Hernández P. Aportaciones de la psicofarmacología al tratamiento de los Trastornos del Comportamiento. 2007 - Tenerife España.
- [23] Barragán Pérez E. Eficacia y seguridad de la risperidona en el tratamiento agudo de las conductas disruptivas en pacientes pediátricos epilépticos. *Boletín Médico Hosp Infant Mexico*. 2005:421-7.
- [24] Prince JB. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: update on new stimulant preparations, atomoxetine, and novel treatments. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2006 Jan;15(1):13-50.
- [25] Garland AF, Hawley KM, Brookman-Frazee L, Hurlburt MS. Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008 May;47(5):505-14.
- [26] Steiner H, Remsing L. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007 Jan; 46(1):126-41.