

# Guía clínica para el trastorno disocial

**Josué Vásquez**  
**Miriam Fera**  
**Lino Palacios**  
**Francisco de la Peña**

# **Guía Clínica para el Trastorno Disocial**

---

Josué Vásquez , Miriam Feria,  
Lino Palacios, Francisco de la Peña

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz  
México, 2010

## **Guía Clínica para el Trastorno Disocial**

Josué Vásquez M, Miriam Feria A, Lino Palacios C, Francisco de la Peña.

### *Editores*

Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora

### *Validación Interna*

Ingrid Vargas, Nayelhi Saavedra

### *Validación externa*

Carmen Rojas, Silvia Cantú, Juan L. Vázquez, Sergio Vázquez

### *Aspectos Éticos*

Liliana Mondragón

### *Producción editorial*

Patricia Fuentes de Iturbe

Esta Guía Clínica se diseñó con el apoyo de Recursos para la *Igualdad entre Mujeres y Hombres*, anexo 10 del PEF 2010.

Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales

Secretaría de Salud

D.R. 2010 Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*.

Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, México DF, 14370

ISBN: 978-607-460-158-9

Edición 2010

Impreso en México

### **Citación**

Vásquez 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 Trastornos Mentales).

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra sin la autorización por escrito de los titulares de los Derechos de Autor.

## Índice

Prólogo	5
Introducción	7
Objetivos de la Guía	7
<b>1. Definición del Trastorno Disocial</b>	<b>11</b>
<b>2. Clasificación diagnóstica</b>	<b>11</b>
<b>3. Epidemiología</b>	<b>13</b>
<b>4. Aspectos socioculturales</b>	<b>14</b>
<b>5. Etiología</b>	<b>14</b>
<b>6. Curso y pronóstico</b>	<b>15</b>
<b>7. Evaluación, diagnóstico y recomendaciones generales</b>	<b>15</b>
<b>8. Tratamiento multimodal para el TD</b>	<b>16</b>
<b>9. Farmacoterapia</b>	<b>17</b>
Conclusiones	21
Aspectos Éticos	22
Referencias	24



## Prólogo

Los datos más recientes en torno a la salud en México muestran cómo las enfermedades mentales, por su curso crónico que se refuerza por el hecho de que sólo una pequeña parte recibe tratamiento, provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas. Por ejemplo, entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, la depresión ocupa el primer lugar; se trata de una enfermedad frecuente con alto nivel de discapacidad, de acuerdo con las encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*<sup>1</sup>, el 6.4% de población la padece. Los trastornos relacionados con el consumo de alcohol ocupan el noveno lugar (2.5%) y la esquizofrenia el décimo (2.1%) en cuanto a carga de la enfermedad<sup>2</sup>.

Paradójicamente el 19% de las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento, los que llegan tardan un tiempo importante en recibir atención con una latencia que oscila entre 4 y 20 años desde la aparición de la enfermedad, según el tipo de trastorno. A diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención es más frecuente en unidades especializadas que en el primer nivel de atención, por cada persona que es atendida en este nivel, 1.7 recibe atención en unidades especializadas, lo que sugiere que las personas que llegan a tratamiento, lo hacen en un estado avanzado de la enfermedad.

Por lo anterior, se ha planteado la creación de unidades de atención especializadas en salud mental (UNEMES-CISAME) en todo el país. Se propone que estas unidades funcionen como el eje donde se estructure la atención comunitaria de la salud mental.

Como parte de este proyecto se solicitó al Instituto Nacional de Psiquiatría desarrollar una serie de guías clínicas sobre los padecimientos más frecuentes en nuestro país, a partir del análisis de la evidencia científica y de los criterios diagnósticos, de prácticas terapéuticas y de acciones preventivas que han probado ser más efectivas en el ámbito del manejo de los padecimientos mentales.

Las 12 Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales que conforman esta colección tienen como objetivo proporcionar a los profesionales de la salud recomendaciones prácticas para abordar la detección y el tratamiento efectivo de estos trastornos, ofreciendo las alternativas terapéuticas idóneas en cada proceso.

---

1. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, 2003.

2. Programa de Acción Específico 2007-2012. Atención en Salud Mental. Secretaría de Salud. Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, México, 2008.

El conjunto de Guías Clínicas es el fruto del trabajo realizado por un grupo conformado por investigadores y clínicos especializados en diversas áreas de la salud mental a quienes agradecemos su compromiso y su interés por contribuir al mejoramiento de la atención y la calidad de vida de los pacientes, así como de su entorno familiar y social.

Asimismo, agradecemos a todas aquellas personas que revisaron y validaron estas guías; esperamos seguir contando con sus valiosas aportaciones para la actualización y mejora continua de estos instrumentos para la práctica clínica.

***Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza***  
**Directora General**  
**Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz***

Esta Guía revisa los conceptos generales del Trastorno Disocial (TD) que junto con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y el Trastorno Negativista Desafiante están clasificados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición texto revisado (DSM-IV-TR), bajo el epígrafe "*trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador*", también denominados como trastornos externalizados por los especialistas a nivel mundial debido a la presencia de características particulares que permiten agruparlos en este espectro sintomático; por lo tanto, para una mejor comprensión, es imprescindible describirlos en conjunto.

La clasificación diagnóstica que utilizaremos será el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA); misma que es similar a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud.

Esta guía, además de proporcionar herramientas clínicas de diagnóstico, tratamiento farmacológico y estrategias de intervención psicosocial, está orientada a asistir al profesional de la salud en el reconocimiento de las características clínicas que deben ser objeto de referencia a un especialista en el área.

## Objetivos de la Guía

1. Contar con los conocimientos básicos para identificar, evaluar y diagnosticar el Trastorno Disocial (TD).
2. Conocer la etiología, curso y pronóstico del TD.
3. Conocer de manera general el Tratamiento Multimodal del TD.
4. Conocer las principales medidas farmacológicas que pueden implementarse teniendo en cuenta algoritmos para su uso y canalización a otros niveles de atención.





# Guía Clínica para el Trastorno Disocial



El Trastorno Disocial (TD) es un conjunto persistente de comportamientos que evolucionan con el tiempo; se caracteriza por **comportamientos en contra de la sociedad (antisociales) que violan los derechos de otras personas, las normas y reglas adecuadas para la edad.**

Estas manifestaciones van unidas a una serie de situaciones familiares, sociales y escolares que las pueden iniciar o mantener: aunque aparecen en etapas infantiles, pueden continuar en la adolescencia y se extienden a la edad adulta. En esta etapa de la vida, se denomina al problema trastorno antisocial de la personalidad.

A continuación se ejemplifican algunos comportamientos antisociales:

- 1. Comportamiento agresivo y destructor** que se manifiesta tanto hacia las personas como hacia los animales, sin que exista de manera aparente afectación emocional, falta de culpa y de empatía, este comportamiento suele ir unido a amenazas o daño físico.
- 2. Falsedad y engaño** utilizados para obtener aquello que de otra forma no alcanzaría o para evitar la ejecución de sus responsabilidades u obligaciones.
- 3. Violación de reglas y de derechos de los demás, por ejemplo** faltar a clase sin justificación, hacer bromas pesadas, travesuras, pasar la noche fuera de casa, a pesar de la negativa de los padres.

## Clasificación diagnóstica

# 2

Las dos clasificaciones de los trastornos mentales más ampliamente utilizadas son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su décima edición (CIE-10) y la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición texto revisado (DSM-IV-TR).

Aunque de formato diferente, los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y de la CIE-10 para el trastorno disocial resultan casi idénticos.

El DSM-IV-TR sólo diferencia dos tipos de inicio: en la niñez (antes de los 10 años) o en la adolescencia; además de especificar la gravedad (leve, moderada o grave), según el número de alteraciones del comportamiento presentes.

La CIE-10 tiene una categoría para los trastornos disociales (F91). También recomienda indicar la edad de inicio de los síntomas, distingue distintos tipos de trastorno disocial: a) limitado al ámbito familiar (F91.0); b) en niños no socializados (F91.1); c) en niños socializados (F91.2); d) desafiante y opositor (F91.3); e) otros trastorno disociales (F91.8) y f) Trastorno disocial sin especificación (F91.9).

En esta guía utilizaremos los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR que equivalen a la clasificación F91.8 de la CIE-10 (**Tabla 1**).

El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral. Si el individuo tiene 18 años o más, no se cumplen los criterios del trastorno antisocial de la personalidad.

**Tabla 1. Criterios diagnósticos del Trastorno Disocial  
DSM-IV-TR**

A. Los chicos con este trastorno presentan un patrón repetitivo persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o las normas sociales importantes propias de la edad. El trastorno se manifiesta por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos un criterio durante los últimos 6 meses.

***Agresión a personas o animales***

1. Constantemente fanfarronean, amenazan o intimidan a otros.
2. A menudo inician peleas físicas.
3. Han llegado a utilizar armas que pueden causar daño físico grave a otras personas (bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola, palo).
4. Manifiestan crueldad física con las personas.
5. Manifiestan crueldad física con los animales.
6. Roban enfrentándose a la víctima (ataque con violencia, arrebatarse bolsa).
7. Han forzado a alguien a una actividad sexual.

***Destrucción de la propiedad***

8. Provocan deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
9. Destruyen deliberadamente propiedades de otras personas (útiles escolares, juguetes, ropa, etcétera).

***Fraudulencia o robo***

10. Se meten sin permiso a la casa o el automóvil de otra persona.
11. Mienten para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones.
12. Roban objetos de valor sin enfrentamiento con la víctima (robo en tiendas, dinero a los padres o familiares, etcétera).

***Violaciones graves de normas***

13. Permanecen fuera de su casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.
14. Se escapan de su casa durante la noche por lo menos dos veces; o sólo una vez si tardan en regresar un largo período.
15. Realizan novillos (irse de pinta) antes de los 13 años de edad.

B. El TD provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

- C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.
- D. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

### *Especificar el tipo en función de la edad de inicio*

Tipo de inicio infantil: Se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

Tipo de inicio adolescente: Ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

### *Especificar la gravedad*

**Leve:** Pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros.

**Moderada:** El número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre «leves» y «graves».

**Grave:** Varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.

**Nota:** “A menudo” (DSM-IV), significa que el síntoma se presenta casi todos los días, la mayor parte del tiempo y con una intensidad mayor que la observada en sujetos con un nivel de desarrollo similar.

## Epidemiología

# 3

El Trastorno Disocial (de conducta) es considerado como una de las formas más frecuentes de psicopatología en niños y adolescentes. Al parecer, la prevalencia del trastorno disocial se ha incrementado durante las últimas décadas, puede ser más elevada en los núcleos urbanos que en las zonas rurales. También existe una relación entre el bajo nivel socioeconómico y el TD.

Las tasas varían ampliamente en función de la naturaleza de la población estudiada y los métodos de análisis: en los varones de edad inferior a 18 años, las tasas oscilan entre el 6 y el 16%; en las mujeres las tasas se mueven entre el 2 y el 9%, y en la población general entre 1.5 y 3.4%.

El trastorno disocial es uno de los problemas diagnosticados con mayor frecuencia en los centros de salud mental para niños, tanto en régimen ambulatorio, como en hospitalización.

La edad media de aparición es más temprana en los hombres que en las mujeres. En los varones puede desarrollarse entre los 10 y 12 años de edad, mientras que en las mujeres entre los 14 y 16 años. Cuando el TD inicia antes de los 10 años es un fuerte indicador de persistencia. Este trastorno es **más frecuente en varones**, se presenta en 4 hombres por una mujer.

## 4 Aspectos socioculturales

Con cierta frecuencia se ha planteado la posibilidad de que el diagnóstico de trastorno disocial no se aplique correctamente a sujetos procedentes de ambientes donde los patrones de comportamiento indeseable, algunas veces, son considerados como protectores (por ejemplo, amenazas, pobreza, crimen).

De acuerdo con la definición del DSM-IV-TR, el diagnóstico de trastorno disocial sólo debe aplicarse cuando el comportamiento en cuestión sea sintomático de una disfunción subyacente del individuo y no constituya simplemente una reacción ante el contexto social inmediato. Además, los jóvenes inmigrantes procedentes de países arrasados por la guerra que han vivido una historia de comportamientos agresivos, quizá necesarios para su supervivencia en aquel contexto, no justifican necesariamente un diagnóstico de trastorno disocial. La consideración del contexto social y económico en que se hayan producido los comportamientos indeseables puede ser útil al clínico.

## 5 Etiología

Los factores que contribuyen al desarrollo del TD son los siguientes:

### Factores parentales (padres)

Se ha encontrado que hay ciertas características de los padres que favorecen que sus hijos desarrollen un TD, por ejemplo:

- La educación *rígida* y punitiva caracterizada por la grave agresión física o verbal, está asociada al desarrollo de comportamientos agresivos mal adaptativos.
- Patrones de disciplina incorrectos, pueden variar desde la severidad extrema y estricta, hasta la incongruencia o relativa falta de supervisión y control.
- Condiciones caóticas en el hogar.
- El divorcio, donde exista una hostilidad persistente, sobre todo si existe resentimiento y amargura entre los padres.
- El abuso, maltrato infantil y negligencia.
- Alcoholismo y abuso de sustancias.
- Trastornos psiquiátricos.

### Factores socioculturales

- Sufrir privaciones económicas.
- Vivir en zonas urbanas marginadas y que además exista consumo de drogas.
- Desempleo de los padres.
- Falta de una red de apoyo social.
- Falta de participación en las actividades de la comunidad (pueden ser deportivas).

### Factores psicológicos

- Los niños criados en condiciones caóticas y negligentes suelen ser malhumorados, agresivos, destructivos e incapaces de desarrollar progresivamente la tolerancia a la frustración, necesaria para las relaciones maduras.

## Factores neuropsicológicos

- Exámenes neuropsicológicos indican que los niños y adolescentes que tienen trastornos de conducta parecen tener dificultades en el funcionamiento del lóbulo frontal del cerebro, lo cual interfiere con su capacidad de planificar, evitar los riesgos y aprender de sus experiencias negativas.
- Se considera que el temperamento de los niños tiene origen genético. Los niños y adolescentes de “carácter difícil” (por ejemplo, baja tolerancia a la frustración, inadaptabilidad al cambio, inestabilidad emocional) tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos del comportamiento.

## Curso y pronóstico

6

El inicio del trastorno disocial puede producirse hacia los 5 ó 6 años de edad, pero usualmente se observa al final de la infancia o al inicio de la adolescencia. Es muy raro que comience después de los 16 años de edad. El curso del trastorno disocial es variable. En la mayoría de sujetos, el trastorno remite en la vida adulta. Sin embargo, en la etapa adulta una proporción sustancial continúa manifestando comportamientos que cumplen criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Muchos sujetos con trastorno disocial, particularmente los del tipo de inicio adolescente y quienes presentan síntomas leves y escasos, alcanzan en la vida adulta una adaptación social y laboral adecuada. El inicio precoz predice un pronóstico peor y un riesgo creciente en la vida adulta de sufrir un trastorno antisocial de la personalidad y trastornos por consumo de sustancias.

Los individuos con trastorno disocial corren el riesgo de experimentar posteriormente trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos y trastornos por consumo de sustancias.

## Evaluación, diagnóstico y recomendaciones generales

7

El diagnóstico del TD está basado principalmente en la evaluación clínica, tomando en cuenta los criterios diagnósticos descritos previamente (DSM-IV-TR) y el sistema de **multiinformantes**, que incluye entrevista con los padres sobre las diferentes etapas del desarrollo del niño o adolescente y su comportamiento, un examen directo del menor, y revisión de la información que proviene del profesor de la escuela. Se requiere de una historia clínica completa (antecedentes familiares, personales, patológicos e historia del desarrollo), así como conocer cuándo *interconsultar* a un especialista y cuándo referirlo a otro nivel de atención.

El TD es una de las formas más comunes de psicopatología y de las más difíciles de tratar debido a su complejidad, extensión de las áreas afectadas y carencia de recursos en las familias y en la comunidad; por ello es fundamental el diagnóstico y tratamiento oportuno.

El TD no aparece de un día para otro, existe una gran variedad de síntomas que van evolucionando con el tiempo, hasta establecer un patrón uniforme de violación de los derechos de los demás.

Históricamente se consideraba al Trastorno Negativista y Desafiante (TND) como un precursor leve del TD, es cierto que los niños y adolescentes que progresan desde el TND hasta el TD, mantienen sus características de oposición, pero existe cierta evidencia de que son dos trastornos independien-



tes. Muchos niños con TND nunca llegan a desarrollar un TD y cuando el TD se manifiesta en la adolescencia, muchas veces no está relacionado con un TND.

La manifestación clínica diferenciadora más importante entre ambos trastornos es que en el TD se violan los derechos básicos de los demás, mientras que en el TND, la hostilidad y el negativismo no llegan a violar seriamente los derechos de los demás.

Otros trastornos que se deben descartar son los siguientes:

1. Trastornos del Estado de Ánimo
2. Trastorno Depresivo Mayor Grave
3. Trastorno Bipolar
- 4. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad**
5. Trastornos del Aprendizaje
6. Trastornos inducidos por Consumo de Sustancias
7. Trastorno Obsesivo Compulsivo
8. Trastorno de Gilles de la Tourette
9. Trastornos Profundos del Desarrollo (Autismo)

Por lo general, **los niños y adolescentes que manifiestan los síntomas del TD a una edad temprana**, presentan un gran número de síntomas y son quienes con más frecuencia **tienen peor pronóstico**. En parte esto se debe a que los niños y adolescentes con TD grave parecen ser los más vulnerables para sufrir otros trastornos a lo largo de su vida y por lo tanto más problemas, lo que hace un peor pronóstico. En un TD leve, sin otros trastornos adicionales y con un funcionamiento intelectual normal, el pronóstico es bueno.

## 8

### Tratamiento multimodal para el TD

Los programas de tratamiento multimodales que utilizan todos los recursos médicos, familiares y comunitarios disponibles, son aquellos que proporcionan los mejores resultados para controlar el TD. Estos deben abarcar diferentes áreas de relación con las personas. A continuación se enumeran las áreas de relación y algunas de las estrategias que se pueden promover.

#### Relación con el médico

- Asistir continuamente a las consultas programadas.
- Acudir acompañado del adulto responsable.
- Tomar puntualmente los medicamentos prescritos, en los casos más graves el médico deberá proponer el uso de psicofármacos para evitar el auto daño o el daño a los demás.

#### Relación con pares y compañeros

- Contribuir a disminuir el alto involucramiento con pares conflictivos y promover el involucramiento con pares pro-sociales (que ayudan a otros).
- Enriquecer las habilidades sociales participando en actividades culturales y deportivas.
- Promover mejores relaciones escolares (con alumnos y profesores).
- Proponer estrategias para mejorar el desempeño académico del adolescente, (horarios de estudio, taller de tareas, clases extraescolares).
- Evitar la deserción escolar.

- Fomentar el compromiso hacia la educación.
- Fortalecer la estructura escolar (uso de tutorías dentro de la escuela) para mejorar la calidad académica.

### Relaciones en la comunidad

- Disminuir la relación con la subcultura criminal.
- Promover la participación organizada de los miembros de la comunidad.
- Participar en instituciones de soporte social como iglesias, juntas de vecinos, centros recreativos.
- Prevenir el abuso físico o sexual.
- Promover la educación sexual.
- Identificar a niños y jóvenes violentos y generar programas de intervención temprana.
- Supervisar y discutir la violencia que ven los niños y adolescentes en los programas de televisión, los videojuegos y las películas.

## Farmacoterapia

9

**Los fármacos pueden ser útiles en situaciones de crisis y/o severidad del TD.** No conviene olvidar que los síntomas pueden ser secundarios a otro trastorno (principalmente una depresión o un trastorno adaptativo) y que el tratamiento puede hacer remitir los síntomas.

Los fármacos pueden ser de gran ayuda, puesto que inciden sobre el funcionalismo alterado del sistema nervioso relacionado con la conducta disruptiva.

Cabe señalar que la comorbilidad del TD es alta; entre 29% y 71% de los trastornos externalizados (TD, TDAH y TND) tienen al menos uno de los otros dos diagnósticos, tanto en muestras epidemiológicas, como clínicas.

**Mientras exista una mayor comorbilidad, el pronóstico es menos favorable, por lo tanto es necesario considerar una interconsulta o referencia a un especialista.** En este contexto está basado el algoritmo de tratamiento, tomando en cuenta la alta comorbilidad del TDAH y el TD, con la finalidad de integrar estos aspectos (**Figura 1**).

Los fármacos más usados son:

#### 1. *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina*

*Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina y Citalopram*

Están indicados cuando existe un componente importante de ansiedad o conducta obsesiva (**Interconsultar o referir a un especialista del área**).

**Dosis recomendada:** Se recomienda fluoxetina: 20-40 mg/día.

#### 2. *Estimulantes, inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina*

*Metilfenidato (MFD)*

Están indicados cuando existe comorbilidad con el TDAH y el problema conductual está relacionado con la impulsividad, el autocontrol o la dificultad para procesar la información del entorno. Es necesario usar el metilfenidato de acción sostenida con el fin de obviar el efecto rebote que por sí mismo puede empeorar la conducta en el entorno familiar. También es preciso no hacer descansos de fin de semana o vacaciones terapéuticas. (**Interconsultar o referir a un especialista del área**).

Los efectos adversos más frecuentes son: disminución en el apetito, insomnio, cefalea, irritabilidad, ansiedad y dolor de estómago; no obstante, son limitados. Los efectos sobre el sistema cardiovascular (incrementando la presión arterial o el pulso), no son clínicamente significativos, tampoco, la talla se ve afectada a largo plazo. Signos de sobredosis: agitación psicomotriz, hipertensión arterial, confusión, delirio, alucinaciones, euforia, fiebre, midriasis, sudoración, espasmos musculares y vómitos.

**Dosis recomendada:** 0.6 a 1 mg/kg/día (sin exceder de 72 mg/día). Prescriba el medicamento logrando una dosis óptima.

### 3. ***Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina***

#### *Atomoxetina (ATX)*

También indicado para el TDAH, es indicado cuando exista un componente de ansiedad. Este medicamento se administra una vez al día, tiene un bajo potencial cardiotoxico y no afecta al crecimiento. Los efectos adversos más frecuentes son los gastrointestinales (náusea y disminución del apetito). Se ha reportado daño hepático de forma rara, ocasional y transitoria. También se ha registrado la presencia de hipomanía o manía, edema angioneurótico, rash y urticaria como reacciones alérgicas. No se ha establecido perfil de seguridad en menores de seis años (**Interconsultar o referir a un especialista del área**).

**Dosis recomendada:** 0.5 mg/kg/día hasta alcanzar de 1 a 3 semanas después 1.2 a 1.8 mg/día (una o dos dosis); asimismo, el efecto clínico se observa posterior a la cuarta semana de tratamiento.

### 4. ***Antipsicóticos de segunda generación (atípicos)***

#### *(Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Ziprazidona, Aripiprazol, Clozapina)*

Cada vez hay mayor evidencia de su eficacia y seguridad en niños y adolescentes, mostrando su utilidad en el tratamiento de conductas de agresividad e impulsividad en población pediátrica.

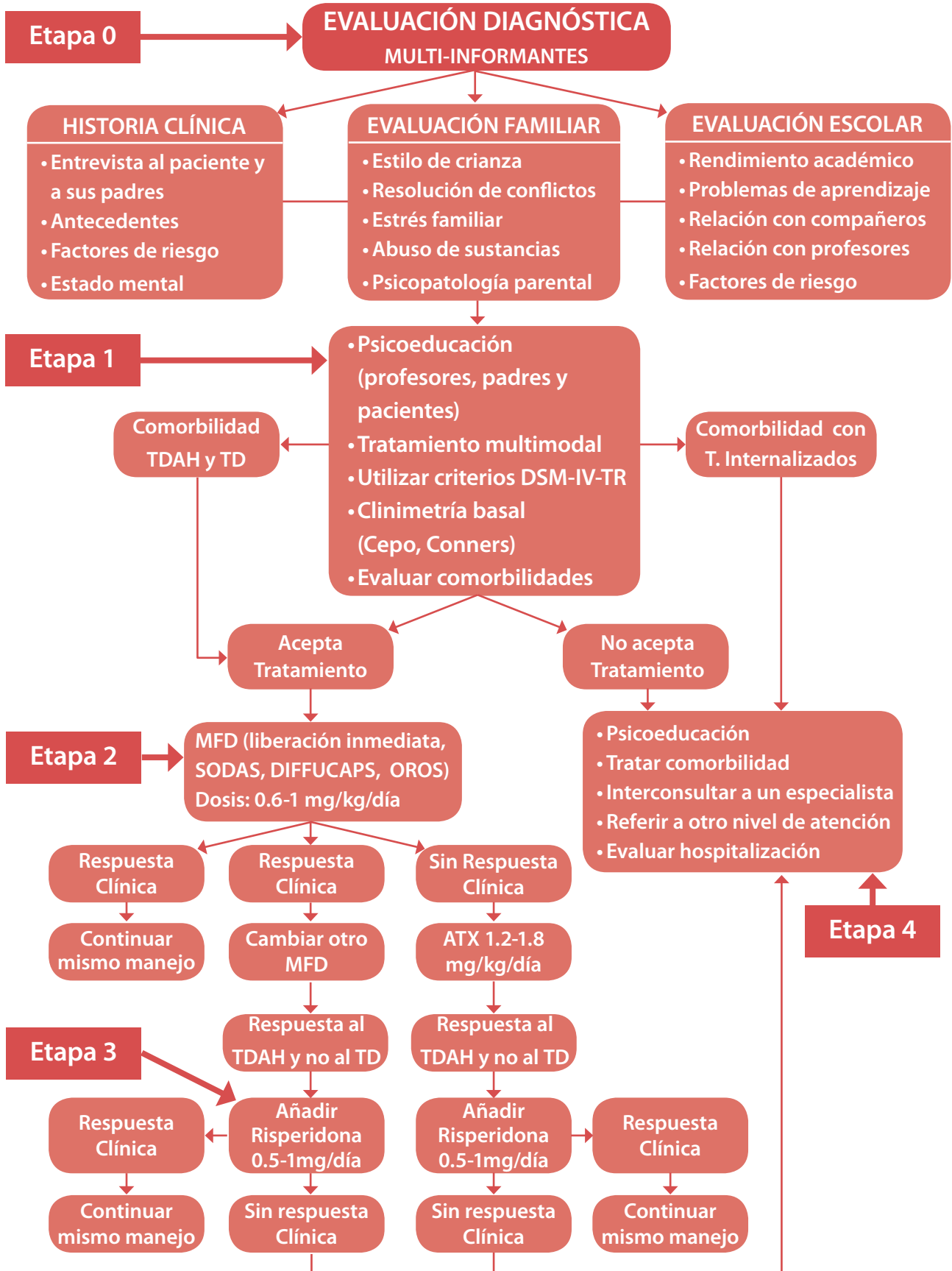
Todos ellos (risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprazidona, aripiprazol, clozapina) han demostrado una menor tendencia a inducir síntomas extrapiramidales que los antipsicóticos de primera generación (clásicos) y pueden ser usados en casos de conducta agresiva de carácter grave. No obstante, en niños y adolescentes, hay que tomar en consideración otros posibles efectos adversos: sedación moderada, generalmente transitoria, aumento de peso (especialmente con clozapina, olanzapina y risperidona y en menor grado con quetiapina), incremento de la prolactina (risperidona y olanzapina), hiperglucemia (clozapina y olanzapina), hiperlipidemia (olanzapina y quetiapina), agranulocitosis (clozapina), dispepsia, náusea y mayor prolongación del intervalo QT en el ECG (ziprasidona).

#### **Risperidona**

Actualmente existe mayor evidencia con su uso, siendo limitada la evidencia con otros antipsicóticos atípicos (olanzapina, quetiapina y aripiprazol); asimismo, la risperidona tiene como indicación en su ficha técnica, los problemas de conducta en niños con trastorno de espectro autista y ha sido aprobada por la FDA (por sus siglas en inglés), para usarse en pacientes adolescentes, a partir de los 15 años; además es un fármaco excelente para el control de los tics (**Interconsultar o referir a un especialista del área**).

**Dosis recomendada:** 0.5-1 mg/día, monitorizando la presencia de efectos adversos como el incremento de peso. Utilizar con cuidado antes de los 6 años de edad.

**Figura 1. Algoritmo de tratamiento farmacológico para el TD comórbido con TDAH en niños y adolescentes**





## Conclusiones

El TD es una categoría médico psiquiátrica que se caracteriza por una transgresión de las normas y derechos de los demás; su inicio antes de los 10 años de edad está relacionado con un peor pronóstico. Dentro de los elementos causales participan variables biológicas, psicológicas y sociales que predisponen de manera importante al individuo y deben ser tomados en cuenta para su tratamiento.

Los programas de tratamiento multimodales, que utilizan todos los recursos médicos, familiares y comunitarios disponibles, son los que proporcionan los mejores resultados y tienen como finalidad controlar el TD y prevenir las consecuencias y su extensión hacia la edad adulta.

Es importante no olvidar que los síntomas de agresividad son frecuentes en un amplio espectro de trastornos psiquiátricos y que debe priorizarse una prueba terapéutica con el agente de primera línea del trastorno primario, antes de iniciar con otro medicamento como un antipsicótico. A mayor comorbilidad el cuadro clínico se agrava teniendo un peor pronóstico, por lo tanto, es necesario considerar una interconsulta o referencia a un especialista del área.

Finalmente, se presentan algunas estrategias generales que pueden ser útiles para los padres y profesores en el manejo de adolescentes con Trastornos Externalizados. Se deben tomar en cuenta dos puntos básicos: primero, la forma en que se tiende a responder ante la problemática de estos adolescentes; y segundo, las estrategias de manejo a aplicar con ellos.

1. Contar con información científica sobre los Trastornos Externalizados.
2. Aceptar que los adolescentes con Trastornos Externalizados tienen una capacidad disminuida para autorregularse.
3. Tener la disposición de ayudar.
4. Comprometerse a trabajar en equipo con los profesionales que atienden al adolescente.
5. Ser organizados y firmes, pero sensibles.
6. Asumir la responsabilidad para el manejo del comportamiento en el hogar (padres) y en el salón de clases (profesores), sin acosar a los padres y viceversa con quejas continuas, manteniendo una comunicación efectiva entre ambos.
7. Ser creativos e imaginativos para el desarrollo de clases amenas y estimulantes.
8. Hacer llamadas de atención en forma clara y precisa, cuando sea necesario.
9. Reconocer las virtudes de los adolescentes.
10. Escuchar atentamente y no llegar a conclusiones abruptamente.
11. Respetar turnos de diálogo.
12. No mezclar temas de conversación.
13. No usar palabras ofensivas.
14. Evitar retomar situaciones de experiencias pasadas negativas.
15. Aceptar cuando cometa errores.
16. Pedir disculpas, si es necesario (no crea que va a perder su autoridad).
17. Identificar los momentos en que es mejor terminar la conversación para evitar intercambios que sean perjudiciales.
18. Aprender a controlarse.
19. Aceptar y expresar sus sentimientos de forma controlada, no grite, no se desespere.
20. Mantener esperanza de solución y si es posible un balance positivo.

## Aspectos Éticos

La consideración de los aspectos éticos en el campo de la salud es elemental para realizar un ejercicio profesional óptimo y para ofrecer un mayor compromiso y respeto a la dignidad de los pacientes menores de edad. De esta forma, las tareas cotidianas de la práctica clínica, conllevan una serie de obligaciones y responsabilidades éticas para el profesional de la salud.

### Consideraciones éticas en la relación con el paciente

#### Asentimiento del menor

Además de obtener la autorización del padre, madre o tutor, se debe buscar la cooperación voluntaria del menor. Una vez que se le ha informado, en términos comprensibles para su desarrollo cognitivo, lo que es conveniente para su atención.

#### Consentimiento

Generalmente, se informa al padre, madre o tutor sobre el diagnóstico o tratamiento. Sin embargo, en algunos casos este acto puede ir en perjuicio de los intereses del menor y resulta conveniente mantener la confidencialidad de la información obtenida.

### Principios éticos

#### Respeto por las personas

- Protección a las personas con autonomía disminuida.
- Proteger a las personas dependientes o vulnerables contra daño o abuso.

#### Beneficencia

- Maximizar el beneficio y minimizar el daño en el tratamiento.
- No causar daño deliberadamente.

#### Justicia

Tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera correcto y apropiado.

#### Solidaridad

Ser solidario con el paciente en situaciones en donde existan distintas necesidades.

#### Responsabilidad

Responder voluntariamente a las necesidades del paciente.

### Pautas éticas para profesionales de la salud

- 1) El profesional de la salud estará dedicado a proveer cuidado clínico competente, con compasión y respeto por la dignidad y derechos humanos.
- 2) El profesional de la salud mantendrá los estándares de profesionalismo, deberá ser honesto en todas las interacciones profesionales, y estará dispuesto a reportar especialistas deficientes en carácter o competencia, o que están involucrados en fraude, ante las instancias apropiadas.
- 3) El profesional de la salud respetará los derechos de los pacientes, colegas, y otros profesionales de la salud, y salvaguardará las confidencias y privacidad del paciente dentro de los límites legales.

- 4) El profesional de la salud deberá continuar estudiando, aplicando y avanzando en el conocimiento científico, mantendrá un compromiso con la educación médica, dará información relevante a los pacientes, colegas, y al público, hará consultas y usará los talentos de otros profesionales de la salud cuando esté indicado.
- 5) El profesional de la salud deberá en la provisión del cuidado apropiado al paciente, excepto en emergencias, ser libre de escoger a quien servir, con quien asociarse, y el ambiente en el cual dar atención médica.
- 6) El profesional de la salud deberá reconocer la responsabilidad que tiene para participar en actividades que contribuyan al mejoramiento de la comunidad y el mejoramiento de la salud pública.
- 7) El profesional de la salud deberá, mientras cuida de un paciente, considerar como lo más importante la responsabilidad que tiene con el paciente.
- 8) El profesional de la salud deberá apoyar que todas las personas tengan acceso a la atención médica.

## Derechos humanos y derechos de la niñez

- Recibir la mejor atención disponible en materia de salud y salud mental.
- Ser respetadas de acuerdo con la dignidad inherente a la persona humana.
- Contar con la protección que evite la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico y el trato degradante.
- No sufrir discriminación por su condición de enfermo mental.
- Ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que les permita el ordenamiento nacional.
- Nombrar un representante personal.
- Tener información sobre las normas que lo rigen y del personal que estará a cargo de su atención, si es que ingresa a un hospital.
- Gozar de un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.
- Tener acceso a los servicios de laboratorio y gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno.
- Recibir información veraz, concreta y respetuosa.
- Negarse a participar como sujetos de investigación científica.
- Solicitar la revisión médica de su caso.
- Recibir un tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial.
- Comunicarse libremente con otras personas dentro y fuera del hospital.



## Referencias

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.

Armenteros JL, Lewis JE: Citalopram treatment for impulsive aggression in children and adolescents: an open pilos study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41:522-529.

Banaschewski T, Roessner V, Dittmann RW, Santosh PJ, Rothenberger A: Non-stimulant medications in the treatment of ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13:102-116.

Bauermeister J.J: Hiperactivo, impulsivo, distraído. ¿Me conoces? Guía acerca del déficit atencional para padres, maestros y profesionales. New York, The Guilford Publications, Inc., 2002.

De la Peña F: Tratamiento Multisistémico en Adolescentes con Trastorno Disocial. *Salud Pública México* 2003; 45(supl1)124-131.

Findling RL: Atypical antipsychotic treatment of disruptive behavior disorders in children and adolescents. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(suppl4):9-14.

Kaplan H, Sadock B: Sinopsis de Psiquiatría. Barcelona, Editorial Panamericana, 1999.

Lewis, M. (Ed.). Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

Loeber R, Burke J, Lahey B: Trastorno Oposicionista Desafiante y Trastorno de la Conducta: Una revisión de los pasados 10 años. Parte 1. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:1468-1484.

Russell AB: Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH). Guías para padres, España, Círculo de lectores, 2002.

Shur SB, Sikich L, Finding RL, Malone RP, Crismon L, Derivan A, MacIntyre C, Pappadopulos E, Greenhill L, Schooler N, Van Orden K, Jensen PS: Treatment recommendations for the use of antipsychotics for aggressive youth (TRAAY). Part I: a review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:132-144.

Ulloa RE, Arroyo E, Ávila JM, Cárdenas JA, Cruz E, Gómez D, Higuera F, Rivera Federico, Santos G, Velásquez V, De la Peña F: Algoritmo del Tratamiento para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños y Adolescentes. *Salud Mental* 2008; 5(28):1-10.

World Health Organization: International Classification of Diseases (ICD-10). 10th rev. Geneva, World Health Organization, 1992.

DIRECTORIO SECTORIAL	DIRECTORIO INSTITUCIONAL
<p style="text-align: center;"><b>SECRETARÍA DE SALUD</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ</b></p>
<p>Dr. José Ángel Córdova Villalobos <b>Secretario de Salud</b></p> <p>Dr. Mauricio Hernández Ávila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b></p> <p>Dra. Maki Ortiz Dominguez <b>Subsecretaria de Innovación y Calidad</b></p> <p>Dr. Romeo Rodríguez Suárez <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b></p>	<p>Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza <b>Directora General</b></p> <p>Mtra. Guillermina Natera Rey <b>Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales</b></p> <p>Dr. Héctor Sentíes Castela <b>Director de Enseñanza</b></p> <p>Dr. Francisco Pellicer Graham <b>Director de Investigaciones en Neurociencias</b></p> <p>Dr. Armando Vázquez López-Guerra <b>Director de Servicios Clínicos</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL</b></p>	
<p>T.R. Virginia González Torres <b>Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental</b></p> <p>Ing. Luis Acosta del Lago <b>Director de Normatividad y Coordinación Institucional</b></p> <p>Lic. Susana Moye Villar <b>Directora de Desarrollo de Modelos de Atención en Salud Mental</b></p>	

