

Trastorno negativista desafiante: una puesta al día para pediatras y psiquiatras infantiles

Oppositional defiant disorder: An update for pediatricians and pediatric psychiatrists.

Julio Torales^{1,2}, Iván Barrios³, Andrés Arce^{1,2}, Laura Viola^{2,4}

RESUMEN

El Trastorno Negativista Desafiante será diagnosticado en un niño que presenta un comportamiento disruptivo para su edad y cultura, caracterizado por un patrón persistente de mal humor o irritabilidad, que discute o presenta comportamientos desafiante y/o vengativos por lo menos durante los últimos 6 meses. Este trastorno no sólo afecta al niño, sino que es un problema de salud pública, que alcanza a la familia, a los maestros y a los pares. Cuando no se atiende adecuadamente, el trastorno negativista desafiante puede evolucionar a un problema de conducta mayor como el trastorno disocial o a la generación de una personalidad antisocial. Con el fin de ayudar a pediatras y a psiquiatras infantiles en el reconocimiento y manejo de estos “niños problemáticos”, este artículo de revisión tiene el objetivo de presentar una puesta al día del concepto, etiopatogenia, clínica, diagnóstico y modalidades terapéuticas para este desafiante grupo de pacientes.

Palabras clave: Trastorno Negativista Desafiante, comportamiento disruptivo, diagnóstico, tratamiento.

ABSTRACT

Oppositional Defiant Disorder is diagnosed in a child who exhibits a disruptive behavior for their age and culture, characterized by a persistent pattern of an angry mood or irritability, and who presents oppositional and / or vindictive behavior for at least the last 6 months. This disorder not only affects the child, but is a public health problem that affects the child's family, teachers and peers. When not addressed properly, oppositional defiant disorder can evolve into a significant behavioral problem, such as conduct disorder or antisocial personality disorder. In order to help pediatricians and child psychiatrists in the recognition and management of these "problematic children", this review article aims to present an update of the definition, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and therapeutic modalities for this challenging group of patients.

Keywords: Oppositional Defiant Disorder, disruptive behavior, diagnosis, treatment.

INTRODUCCIÓN

No ha sido fácil la clasificación de los llamados “niños problemáticos”⁽¹⁾. Se han utilizado términos tan heterogéneos como “problemas del comportamiento”, “dificultades del comportamiento”, “dificultades emocionales y de conducta”, “trastornos del

comportamiento”, “trastornos emocionales y de conducta”, y tan específicos como Trastorno Oposicionista/Negativista Desafiante, Trastorno de Conducta, Trastorno Disocial, Trastornos Disruptivos y hasta Trastorno por Déficit de Atención con

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. San Lorenzo, Paraguay.

²Federación Latinoamericana de Psiquiatría de la Infancia, Adolescencia y Profesiones Afines. Ciudad de México, México.

³Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Metodología de la Investigación. San Lorenzo, Paraguay.

⁴Hospital Asociación Española, Clínica de Psiquiatría Pediátrica. Montevideo, Uruguay.

Correspondencia: Julio Torales; email: juliotorales@gmail.com

Conflicto de Interés: Los autores declararan que no poseer conflicto de interés

Recibido: 6/07/2017. Aceptado: 27/02/2018

DOI: <https://doi.org/10.31698/ped.45012018009>

Hiperactividad o Trastorno de la Desregulación Emocional. Estas distintas denominaciones dan cuenta de la heterotipia de su presentación, entendiendo por tal a la posibilidad de la existencia simultánea de síntomas diferentes, al igual que a la alta permeabilidad a los eventos externos que influyen en los niños y en la etapa del desarrollo. Estas características permiten entender, también, la falta de acuerdo en su etiopatogenia.

Además, se complejiza la nosografía con una confusión semántica entre comportamiento y conducta. De acuerdo a la 23ª edición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española ⁽²⁾, el término “comportamiento” se refiere a la manera que tienen las personas de portarse, de comportarse; mientras que el término “conducta” da cuenta de la manera con que los hombres actúan en su vida y al conjunto de acciones con las que un ser vivo responde a una situación. Por lo tanto, en algunos casos, al referirse a alteraciones del comportamiento no se pensaría necesariamente en un trastorno mental. La “alteración en el comportamiento” es un término que cabalga entre las referencias educativas y de la salud mental y que, a veces, no ayuda a un diagnóstico preciso y a un tratamiento que pueda favorecer la evolución del niño.

En la infancia, estas alteraciones causan un malestar significativo no sólo en el niño, sino también en la familia y en el ámbito educativo, asociándose a un consiguiente deterioro social y académico. La posibilidad de padecer otros trastornos psiquiátricos, tales como los trastornos de ansiedad, afectivos, de la alimentación; al igual que el abuso de sustancias (drogas, alcohol y tabaco), están aumentados y a lo largo de la vida se está en riesgo de evolucionar hacia los comportamientos antisociales del adulto.

En la 4ª edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría ⁽³⁾, el capítulo de los “Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia” agrupaba bajo el título de “Trastornos por Déficit Atencional y del Comportamiento Perturbador” cuatro posibles entidades nosológicas: 1. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; 2. Trastorno Disocial;

3. Trastorno Negativista Desafiante; y, 4. Trastorno del Comportamiento Perturbador no especificado.

Por su parte, la 5ª edición del mismo manual (DSM-5) tomó en cuenta importantes discusiones teóricas y psicopatológicas de psiquiatras infantiles de todo el mundo ⁽⁴⁻⁶⁾, y ubicó al Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad en la sección de los Trastornos del Neurodesarrollo. Los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes quedaron englobados en los Trastornos Disruptivos del Control de los Impulsos y de la Conducta, integrados por el Trastorno Negativista Desafiante (TND), el Trastorno de Conducta (TC) (ambos clasificados por Achenbach, a su vez, como Trastornos Externalizados), el Trastorno Explosivo Intermitente (TEI), el Trastorno de Personalidad Antisocial, la Piromanía y la Cleptomanía ⁽⁷⁻⁹⁾.

En los últimos años se ha hecho hincapié en los criterios de dominio de investigación, que buscan nuevas vías de clasificar los trastornos en base a dimensiones de conductas observables y a funciones cerebrales ⁽¹⁰⁾. En los trastornos disruptivos, se consideran 4 dominios: respuesta aguda a la amenaza, respuesta hacia las manifestaciones emocionales de otras personas, toma de decisiones basadas en el reforzamiento y selección de respuestas ⁽¹¹⁾.

Con el fin de ayudar a pediatras y a psiquiatras infantiles en el reconocimiento y manejo de estos “niños problemáticos”, este artículo de revisión tiene el objetivo de presentar una puesta al día del concepto, etiopatogenia, clínica, diagnóstico y modalidades terapéuticas del TND.

CONCEPTO Y VALIDEZ NOSOLÓGICA

Los elementos centrales del TND son, justamente, el desafío y el negativismo. En los últimos años varias investigaciones recogen la presencia de dimensiones que pueden presentarse con un peso diferente entre dichos elementos y/o asociarse. Estas dimensiones sirven como descriptores en los pacientes y sirven en el diagnóstico: enfado/irritabilidad (*irritable*), discutiendo/actitud desafiante/testarudo (*headstrong*) y vengativo/hiriente (*hurtful*).

El objetivo de las investigaciones sobre estas dimensiones está centrado en clarificar los patrones de comorbilidad entre el negativismo y un amplio rango de psicopatologías en la adolescencia y la adultez temprana⁽¹²⁾ y, a su vez, en consolidar la validez del diagnóstico.

Es interesante destacar que estos síntomas también están presentes en las nuevas entidades nosológicas relacionadas con el humor, como ser el Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo o DMDD por sus siglas en inglés⁽⁴⁾.

Esta coincidencia en la sintomatología, genera una controversia apreciable fundamentalmente en la validez del DMDD como trastorno diferente al TND. Los síntomas en cuestión son el de enfado/irritabilidad, desafiante o vengativa, y el de recurrentes enojos o de enojarse fácilmente. El 92% de los niños portadores de DMDD tiene un TND y por otro lado, de cada 3 niños con TND, 2 de ellos tienen DMDD⁽¹³⁾. Se debe considerar para el diagnóstico de DMDD que el niño debe presentar grandes explosiones con agresividad y que la disforia debe mantenerse entre las crisis. Por otro lado, son excluyentes para el diagnóstico de TND la presencia de sintomatología en el contexto de un Trastorno del Humor (por ejemplo, en una fase hipomaniaca) y de un Trastorno de Conducta Disocial.

Se tiene que tener en cuenta que de acuerdo a la etapa del desarrollo del niño, el negativismo y la conducta desafiante, no son necesariamente sinónimos de patología. Cumplen un rol fundamental en la evolución del individuo, al ir adquiriendo una mayor autonomía. La patología surge cuando es la forma única de manifestarse en distintas situaciones y encuadres y es francamente mayor que en otro individuo de la misma edad, sexo y cultura.

EPIDEMIOLOGÍA

Este trastorno suele presentarse, por lo general, antes de los 8 años de edad y su diagnóstico no debiera emplearse más allá de la adolescencia. Su inicio suele ser gradual y mantenerse durante meses o incluso años, apareciendo primero en el contexto familiar, aunque luego se expande a otros ambientes. No es extraño que puedan evolucionar,

aunque no en todos los casos, hacia trastornos disociales o incluirse en personalidades disociales; es por ello que luego de la adolescencia no se diagnóstica este trastorno, quedando relegado por el trastorno de personalidad disocial.

De acuerdo a distintos autores, se estima que entre un 2 a 16% de los niños tiene TND. Esa disparidad en las cifras puede ser explicada por el tipo de encuestas y las poblaciones estudiadas. Por ejemplo, en España se encontró una prevalencia de 5,6%, sin diferencias significativas por sexo, edad, grado escolar o condiciones socioeconómicas⁽¹⁴⁾. Si se considera el compromiso funcional, tal cual se hace en algunas investigaciones, la prevalencia aumenta a 7,5%. En Uruguay, los Trastornos Externalizados se encuentran en el 19% de los niños, si se considera un corte clínico y de riesgo combinado. Al desglosar las cifras, el 5,8% de niños escolares entre 6 y 11 años tienen un TND y otro 5,8% tiene un Trastorno de Conducta, según aplicación de la escala *CBCL-Bipolar Phenotype*⁽¹⁵⁾, en el rango clínico. Estas cifras son similares a las encontradas en el primer estudio epidemiológico a gran escala de salud mental infanto-juvenil realizado en Paraguay⁽¹⁶⁾. El medio socioeconómico tiene un peso muy importante, llevando estos datos a 17% en contextos críticos^(17,18).

Es interesante señalar que más allá de una percepción generalizada de un aumento de los trastornos emocionales y conductuales en la infancia, surgen estudios que ponen en duda estos aumentos. Por ejemplo, se ha visto en Gran Bretaña una disminución de la patología según la percepción de padres y maestros en relación a la sintomatología disruptiva⁽¹⁹⁾.

ETIOPATOGENIA

Se pueden identificar tres tipos de factores, biológicos, psicológicos y sociales, en relación a la etiología del TND⁽²⁰⁾.

Desde el punto de vista biológico, y en relación fundamental a su comorbilidad, existen patrones familiares en el déficit atencional, en los trastornos del humor y en los trastornos por abuso de sustancias; así como factores de temperamento difícil en niños que luego desarrollan TND. Dentro de los factores psicológicos, el TND se ha asociado con el

apego inseguro así como con la insuficiencia en los cuidados parentales. Asimismo, factores sociales de pobreza y violencia en la comunidad contribuyen, en general, al diagnóstico no en forma lineal, sino potenciando los riesgos de otras patologías⁽²⁰⁾.

El TND en jóvenes es un fuerte predictor de patología mental; no obstante, no hay una explicación clara para este amplio rango de asociaciones. En la investigación desarrollada en Gran Bretaña en población general pediátrica (18415 participantes, de entre 5-16 años) por Stringaris y colaboradores⁽¹²⁾, quedó en evidencia, una vez más, la heterotipia de la presentación y la dificultad para prever una evolución lineal en los trastornos de los niños y adolescentes.

La dimensión de “enfado/irritabilidad” está relacionada con las alteraciones emocionales, mientras que la dimensión “hiriente/vengativo” tiene un correlato con la evolución al “callo emocional” o emociones prosociales limitadas. El callo emocional puede considerarse como una ausencia de culpa o remordimiento, falta de empatía por los demás, falta de preocupación por el mal desempeño personal en el trabajo o la escuela y una expresión deficiente del afecto o afecto empalagoso⁽²⁰⁾. En esta dos dimensiones, entendiéndose por tales como el conjunto de síntomas jerarquizados en el contexto de la entidad nosológica en cuestión, hay una alta concordancia entre la visión de los padres y de los maestros. Por su parte, la dimensión de “testarudez” ha estado fuertemente relacionada con la existencia comórbida del Trastorno por Déficit Atencional.

A su vez, las tres dimensiones dentro del TND (enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante, hiriente/vengativo) se relacionan con dos dimensiones diferentes del trastorno de conducta, no agresiva y agresiva. Como es lógico suponer, la dimensión de agresividad en el trastorno de conducta está relacionada con la dimensión hiriente/vengativo del TND; mientras que la dimensión de no agresividad del trastorno de conducta lo está con la dimensión desafiante del TND.

CLÍNICA

Como se mencionó previamente, la 5ª edición del

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5) incluye al TND dentro del grupo de Trastornos Disruptivos del Control de los Impulsos y de la Conducta⁽⁴⁾ y establece que los niños afectados de TND se presentan con un patrón semiológico de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa, durante por lo menos 6 meses. Este patrón se manifiesta en la interacción con al menos un individuo que no sea un hermano, con por lo menos 4 síntomas de los siguientes dominios (Tabla 1)⁽⁴⁾.

Tabla 1. Dominios y síntomas del TND

Dominio	Síntomas
Enfado/irritabilidad	1. A menudo pierde la calma. 2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad. 3. A menudo está enfadado y resentido.
Discusiones/actitud desafiante	4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes. 5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas. 6. A menudo molesta a los demás deliberadamente. 7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.
Hiriente/vengativo	8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

Los comportamientos citados en la tabla 1 no aparecen exclusivamente en el transcurso de otros trastornos psiquiátricos (trastorno psicótico, trastorno por consumo de sustancias, trastorno depresivo o trastorno bipolar) y, además, no se cumplen los criterios de un DMDD.

Por su parte, la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud incluye al TND en el grupo de “Trastornos del niño y del adolescente”⁽⁵⁾ y como diferencia fundamental con el sistema clasificatorio del DSM-5, exige el cumplimiento de al menos 2 síntomas de 9 (de los cuáles 8 son coincidentes en los dos sistemas clasificatorios), pero pueden cumplirse otros 2 síntomas de una serie de hasta 23 criterios, con lo que la requerimiento es mayor en orden a la gravedad⁽²¹⁾.

Los síntomas del TND van asociados a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de clase) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras

importantes. El trastorno parece molestar más a las personas que lo rodean que al propio niño que lo presenta^(22,23).

Estos niños pueden tener problemas en la relación con los amigos y pueden percibir las relaciones humanas como insatisfactorias. A pesar de tener un nivel de inteligencia adecuado, su rendimiento académico es bajo, ya que se niegan a participar, se resisten ante las demandas externas e insisten en solucionar sus problemas sin la ayuda de los demás⁽²²⁾. Son consecuencias secundarias al TND la baja autoestima, escasa tolerancia a la frustración, ánimo deprimido y estallidos de enojo que presentan los pacientes. Además, en el futuro de estos niños, es necesario señalar que tienen un rendimiento académico muy por debajo de sus potenciales capacidades, tanto en la lecto-escritura como en las matemáticas⁽¹¹⁾.

Se debe considerar la persistencia y la frecuencia de estos comportamientos para distinguir los que se consideren dentro de los límites normales, de los sintomáticos. En los niños de menos de cinco años el comportamiento debe aparecer casi todos los días durante un periodo de seis meses por lo menos; mientras que en los niños de cinco años o más, el comportamiento debe aparecer por lo menos una vez por semana durante al menos seis meses. Si bien estos criterios de frecuencia se consideran el grado mínimo orientativo para definir los síntomas, también se deben tener en cuenta otros factores, por ejemplo, si la frecuencia y la intensidad de los comportamientos rebasan los límites de lo normal para el grado de desarrollo del individuo, su sexo y su cultura⁽⁴⁾.

DIAGNÓSTICO, DIFERENCIALES Y COMORBILIDADES

El TND será planteado frente a un niño o adolescente temprano que presenta un comportamiento disruptivo para su edad y cultura, caracterizado por un patrón persistente de mal humor o irritabilidad, que discute o presenta comportamientos desafiantes y/o vengativos por lo menos durante los últimos 6 meses.

Se recuerda la importancia de tomar en cuenta el tiempo durante el cual se presenta la alteración del comportamiento problemático, diferenciándolo así de aquellos comportamientos reactivos o

adaptativos. Estos niños tienen dificultades en controlar su genio o temperamento y son muy a menudo desobedientes y desafiantes en relación a otros niños también.

Usualmente, el TND es considerado el más suave, el menos complicado y el más frecuente, de los trastornos disruptivos; no obstante, se diferencia claramente de las características de la normalidad, de sus variedades y de sus exacerbaciones.

No hay herramientas o escalas específicas para el diagnóstico; no obstante, múltiples cuestionarios que evalúan otras patologías pueden ser útiles en el momento de plantearlo. Por ejemplo, tanto el *PSDQ-Conners' Parent Rating Scalerevised* (CPRS-R) y la versión para padres (*PSDQ Strength and Difficulties Questionnaire*), son útiles, junto con la historia clínica y la semiología para la identificación del TND.

En los niños portadores de DMDD, la similitud de la sintomatología exige un cuidadoso análisis de cada presentación. Los criterios de duración de los episodios desencadenantes y estado del ánimo intercrítico ayudarán a distinguir uno de otro. Por lo general, es muy poco probable que los niños con DMDD no tengan TND, pero sí los niños con TND no tienen por qué agregar una alteración en la disregulación como sucede en el DMDD⁽¹³⁾.

Si bien el TND es a menudo comórbido con otros trastornos (del humor, ansiosos, entre otros), la comorbilidad más señalada es la del Trastorno por Déficit de Atención, por lo que la pericia clínica del pediatra y del psiquiatra infantil serán cruciales para distinguir cuando los síntomas presentes son dependientes de un déficit atencional o cuando son propios del TND. A pesar de ser la más estudiada de las comorbilidades, poco se ha investigado de la evolución de la comorbilidad en el adolescente tardío o joven adulto. Un dato importante a ser considerado en la evolución hacia la adultez de los niños con Trastorno por Déficit Atencional, es que un 40% presenta también un TND⁽²⁴⁾.

MODALIDADES DE TRATAMIENTO

Si bien hay una discusión teórica importante sobre la

pertinencia de englobar a estos grupos de alteraciones conductuales, los trastornos disruptivos, en el mismo contenedor, se debe plantear una aproximación psicoterapéutica que coadyuve al tratamiento integral o multimodal de los pacientes que presentan este tipo de conductas⁽²⁵⁾.

El pediatra/psiquiatra infantil deberá identificar las diversas presentaciones en el niño y el adolescente y deberá establecer cuál es el abordaje que mejor corresponde a cada situación. Las intervenciones tempranas previenen el desarrollo del trastorno de conducta, del abuso de sustancias y la delincuencia juvenil; asimismo, ayudan al niño a mejorar la deteriorada vida social y académica que le genera el TND.

Estos niños presentan una conducta desajustada, tanto en el respeto a las reglas como en su relación con pares⁽¹⁴⁾. Cada cultura, incluyendo en este concepto a la familia, tiene un margen para tolerar las conductas desafiantes de los hijos. Pero hay determinadas reglas que no pueden saltarse y que su presencia debe ser siempre entendida como patológica y no socialmente determinada (insultos soeces, agresividad física a los padres, entre otros). Es interesante entender que hay una escalada en la falta de respeto que comenzando con la madre, se extiende luego al padre y a los maestros o cualquier otra figura de autoridad.

En la medida que el TND es precursor del trastorno de conducta y de los trastornos del humor, es imprescindible un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, sobre todo teniendo en cuenta como cada subtipo del TND –irritable, desafiante o hiriente– puede necesitar un abordaje específico. En el conjunto de los abordajes no farmacológicos, la comorbilidad del TND con el Trastorno por Déficit de Atención y con las emociones prosociales limitadas es un predictor que debe ser tenido en cuenta en la respuesta terapéutica de los trastornos disruptivos⁽²⁶⁾.

La psicoterapia es por excelencia el abordaje de primera línea. En esta modalidad terapéutica es fundamental la inclusión muy temprana de los padres; padres que cuando vienen a la consulta están desbordados por las conductas de sus hijos y

sienten que han probado todo. Por lo tanto nuestra primera actitud será de generar un clima de confianza y de respeto hacia la familia y el paciente.

Si bien no están considerados los abordajes de la psiquiatría dinámica como primera línea terapéutica, es importante que el clínico parta de la necesidad de entender que es lo que hace único al paciente, más allá de buscar la similitud en la semiología descriptiva para lograr el diagnóstico. Se deben también tomar en cuenta sus aspectos contra-transferenciales para no reproducir las actuaciones del paciente. Estos pacientes son niños que enojan, que fastidian y que buscan eliminar la relación estructurada y jerárquica que debe existir para un adecuado tratamiento.

La terapia comportamental para el niño y los integrantes de la familia mejora la sintomatología del negativista-desafiante⁽²³⁾, en algunos casos planteando mejoras en las prácticas de crianza, por lo que tiene que haber acuerdos mínimos entre el paciente, la familia y los médicos, de cumplir con lo estipulado. El aislamiento personal y familiar y la no comprensión de lo que sucede en su entorno, genera en el niño frustración y enojos, con la consiguiente disminución de su capacidad para evaluar sus potencialidades y encontrar soluciones alternativas. Asimismo, la persistente disminución que presentan estos niños en su autoestima debe ser tomada en cuenta en el abordaje psicoterapéutico.

Puestos en grupo terapéuticos de trastornos disruptivos o de adquisición de habilidades sociales, se observa en estos pacientes dificultades para establecer vínculos con los pares, lo cual se manifiesta en una pobre interacción grupal, escasa identificación con la problemática de los otros participantes y cierta dificultad para integrarse con nuevos miembros del grupo terapéutico. Estas características hacen que no se consideren adecuados los tratamientos grupales, cuando sus integrantes están altamente perturbados.

Los fundamentos de la orientación terapéutica se presentan resumidos en la Tabla 2^(23,27,28).

Por su parte, la psicofarmacología en niños y

adolescentes fue objeto de debate y controversia entre el público en general y entre los expertos en psiquiatría, pediatría y salud mental, especialmente en lo referente a la eficacia y seguridad del uso de psicotrópicos para el tratamiento de problemas emocionales y del comportamiento durante el desarrollo (físico y mental) ^(29,30). No obstante, el abordaje farmacológico de las condiciones comórbidas puede mejorar sustancialmente el trastorno.

Tabla 2. Orientación terapéutica del TND

Entrenamiento	Los padres o cuidadores deben ser entrenados en estrategias del manejo de las conductas perturbadoras de los niños. Los padres necesitan apoyo constante ya que los altibajos del TND son muchas veces frustrantes. El entrenamiento conductual a los padres, la orientación en el manejo disciplinario y la psicoterapia familiar han sido los abordajes privilegiados para la familia de los padres
Entrenamiento de los profesores	Los profesores deben ser entrenados en técnicas operantes y manejo de contingencias en el aula. Con el entrenamiento se busca brindar herramientas que permitan a los profesores hacer frente a las conductas problema e incrementar otras conductas más adaptativas dentro del salón de clases
Entrenamiento del niño	El entrenamiento del niño se basa en estrategias que lo ayuden en el control de la ira y en habilidades para resolver problemas. Es decir, se centra en los procesos cognitivos asociados con el comportamiento social y el reconocimiento sobre las consecuencias de sus conductas.

El uso de psicoestimulantes, como el metilfenidato está indicado fundamentalmente cuando existe comorbilidad con el Trastorno por Déficit de Atención. En esas situaciones se parte de la base que las dificultades conductuales están relacionadas con la impulsividad, la regulación de las emociones y/o la dificultad para procesar la información del entorno. Se recomienda el uso del metilfenidato de larga duración o de acción sostenida para evitar el efecto rebote que empeora el comportamiento en el domicilio. El mismo criterio lleva a insistir en que los fármacos correctamente indicados deberán usarse todos los días, y no solo en días escolares ⁽³¹⁾.

Cuando se identifica la comorbilidad del déficit atencional con el trastorno de ansiedad, es aconsejable usar la atomoxetina, en dosis altas, como único fármaco o potenciando el efecto del metilfenidato. La presencia de antipsicóticos de segunda generación generó, en su momento, una importante esperanza. Tanto la risperidona como la quetiapina, fueron usados en dosis bajas con irregulares resultados. Por

último, el uso de los reguladores de humor (carbamazepina, oxcarbacepina, divalproato de sodio e incluso litio) a pesar de las repercusiones conocidas, tanto en el hemograma como en los distintos perfiles metabólicos, se ha extendido ⁽³²⁾. No obstante, los resultados no son unívocos.

Vale la pena destacar que, en la práctica, conviene comenzar con dosis pequeñas e incrementarlas cuando se observen efectos clínicos; sin embargo el médico podría decidir utilizar dosis mayores en los niños si fueran eficaces y los efectos adversos resultaran aceptables ⁽²⁹⁾.

CONCLUSIÓN

Como se mencionó previamente en este artículo, es realmente un desafío el manejo de “niños problemáticos”. Es todo un reto para padres, hermanos, amigos, maestros y médicos enfrentarse a un niño irritable, testarudo y vengativo.

El TND tiene un origen tanto biológico como psicosocial, resaltando que se asocia con patrones de crianza agresivos, rígidos e inconsistentes ⁽²²⁾. El TND no sólo afecta al niño o al adolescente, sino que es un problema de salud pública, que alcanza a la familia, a los maestros y a los pares. Además, las repercusiones del trastorno en el funcionamiento social o interpersonal y su persistencia en el tiempo, hacen que el TND deba ser considerado como un problema o entidad no limitado a la infancia ⁽³³⁾, sino que puede expandirse a la edad adulta.

Cuando el TND no se atiende adecuadamente puede evolucionar a un problema de conducta mayor como el trastorno disocial o a la generación de la personalidad antisocial, lo que termina generando niños disruptivos y adultos problemáticos.

El pediatra y el psiquiatra infantil deben estar preparados para reconocer este trastorno, para aliviar el sufrimiento de niños y padres, y ofrecer estrategias de abordaje psicoterapéutico y psicofarmacológico, según sea el caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harwood V. El diagnóstico de los niños y adolescentes "problemáticos": una crítica a los discursos sobre los trastornos de la conducta. 1ª ed. Madrid: Ediciones Morata;2009.
2. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la Lengua Española. 23ª ed. Madrid: Real Academia de la Lengua Española;2014.
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. 4ª ed. Barcelona: Masson;2002.
4. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5ª ed. Arlington VA: American Psychiatric Publishing;2013.
5. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
6. Pardini DA, Frick PJ, Moffitt TE. Building an evidence base for DSM-5 conceptualizations of oppositional defiant disorder and conduct disorder: introduction to the special section. *J Abnorm Psychol.* 2010;119(4):683-8. doi: 10.1037/a0021441
7. Achenbach TM, Edelbrock CS. Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1981;46(1):1-82.
8. Achenbach TM. The Child Behavior Profile: I. Boys aged 6--11. *J Consult Clin Psychol.* 1978 Jun;46(3):478-88.
9. Kuny AV, Althoff RR, Copeland W, Bartels M, Van Beijsterveldt CE, Baer J, et al. Separating the Domains of Oppositional Behavior: Comparing Latent Models of the Conners' Oppositional Subscale. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52(2):172-183.e8. doi: 10.1016/j.jaac.2012.10.005
10. Félix-Orta FJ. Trastorno Negativista y Desafiante. In: De la Peña-Olvera, editor. *Psicopatología Básica de Niños y Adolescentes.* México DF: Hemisferio Izquierdo; 2015. p. 127-144.
11. Blair RJ, White SF, Meffert H, Hwang S. Disruptive behavior disorders: taking an RDoC(ish) approach. *Curr Top Behav Neurosci.* 2014;16:319-36. doi: 10.1007/7854_2013_247
12. Stringaris A, Goodman R. Three dimensions of oppositionality in youth. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009;50(3):216-23. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01989.x
13. Mayes SD, Waxmonsky JD, Calhoun SL, Bixler EO. Disruptive Mood Dysregulation Disorder Symptoms and Association with Oppositional Defiant and Other Disorders in a General Population Child Sample. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2016 Mar;26(2):101-6. doi: 10.1089/cap.2015.0074
14. López-Villalobos JA, Andrés-De Llano JM, Rodríguez-Moliner L, Garrido-Redondo M, Sacristán-Martín AM, Martínez-Rivera MT, et al. Prevalence of oppositional defiant disorder in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014;7(2):80-7. doi: 10.1016/j.rpsm.2013.07.002
15. Viola L, Garrido G, Varela A. Estudio epidemiológico sobre la Salud Mental de los niños uruguayos. 1ª ed. Montevideo: GEGA;2008.
16. Gómez-Fretes N. Características de la atención de la salud mental infanto-juvenil en tres Unidades de Atención especializadas (MSPyBS) [tesis doctoral]. San Lorenzo: Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas;2017.
17. Viola L, Garrido G, Curone G, Roca G, Varela A. Evaluación de las características emocionales y conductuales en niños provenientes de un medio socio-económico crítico. Burlington: ASEBA;2009.
18. Viola L, Garrido G, Rescorla L. Testing multicultural robustness of the Child Behavior Checklist in a national epidemiological sample in Uruguay. *J Abnorm Child Psychol.* 2011 Aug;39(6):897-908. doi: 10.1007/s10802-011-9500-z
19. Sellers R, Maughan B, Pickles A, Thapar A, Collishaw S. Trends in parent- and teacher-rated emotional, conduct and ADHD problems and their impact in prepubertal children in Great Britain: 1999-2008. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015 Jan;56(1):49-57. doi: 10.1111/jcpp.12273
20. De la Peña-Olvera F, Palacios-Cruz L. Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Ment* 2011; 34(5): 421-427.
21. Pedreira-Massa JL. Trastorno negativista (oposicionista)-desafiante en la infancia. *An Pediatr Contin.* 2011;9(1):1-6.
22. Vázquez MJ, Fera M, Palacios L, De la Peña F. Guía clínica para el Trastorno Negativista Desafiante. En: Berenson S, del Bosque J, Alfaro J, Medina-Mora ME, editores. *Guías Clínicas para la Atención de Trastornos*

- Mentales. México DF: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; 2010.
23. Riley M, Ahmed S, Locke A. Common Questions About Oppositional Defiant Disorder. *Am Fam Physician*. 2016;93(7):586-591.
24. Weiss MD, Wasdell M, Gadow KD, Greenfield B, Hechtman L, Gibbins C. Clinical correlates of oppositional defiant disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Postgrad Med*. 2011 Mar;123(2):177-84. doi: 10.3810/pgm.2011.03.2276
25. Sánchez-Guerrero O. *La Psicoterapia Cognitivo-Conductual en el Niño con comportamiento perturbador*. Montevideo: Liga Latinoamericana para el Estudio del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; 2013.
26. Kolko DJ, Pardini DA. ODD dimensions, ADHD, and callous-unemotional traits as predictors of treatment response in children with disruptive behavior disorders. *J Abnorm Psychol*. 2010;119(4):713-25. doi: 10.1037/a0020910
27. van den Hoofdakker BJ, van der Veen-Mulders L, Sytma S, Emmelkamp PM, Minderaa RB, Nauta MH. Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: a randomized controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(10):1263-71.
28. Rajwan E, Chacko A, Wymbs BT, Wymbs FA. Evaluating clinically significant change in mother and child functioning: comparison of traditional and enhanced behavioral parent training. *J Abnorm Child Psychol*. 2014 Nov;42(8):1407-12. doi: 10.1007/s10802-014-9877-6
29. Torales J, Arce A. Principios de Psicofarmacología: una introducción. *Medicina Clínica y Social*. 2017;1(1):54-99.
30. Vitiello B. Principles in using psychotropic medication in children and adolescents. En: Rey JM, editor. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. 1a ed. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012. p. 1-21.
31. Soutullo Esperón C, Mardomingo Sanz MJ. *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. 1ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
32. Soutullo Esperón C. *Guía esencial de Psicofarmacología del niño y del adolescente*. 1ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011.
33. López-Villalobos JA, Andrés-De Llano JM, López-Sánchez V, Rodríguez-Molinero L, Garrido-Redondo M, Martínez-Rivera MT, et al. Prevalencia del Trastorno Negativista Desafiante en una muestra de niños españoles entre seis y dieciséis años: informe del profesor. *Actas Esp Psiquiatr* 2015;43(4):213-20.