

osasun

OSASUN
TEKNOLOGIEN
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

INFORME DE EVALUACIÓN

D-10-01

ABORDAJE INTEGRADO INTRA Y EXTRAHOSPITALARIO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA ADOLESCENCIA

Proyecto de Investigación Comisionada

Febrero 2010

INFORME DE EVALUACIÓN

D-10-01

ABORDAJE INTEGRADO INTRA Y EXTRAHOSPITALARIO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA ADOLESCENCIA

Proyecto de Investigación Comisionada

Febrero 2010

Fernández Rivas, Aranzazu
González Torres, Miguel Angel
Abeijón Merchán, Juan Antonio
Bravo Albizu, Bittori
Fernández de Legaria Larrañaga,
Jose Antonio
Guadilla Fernández, M.^a Luisa

Gutiérrez Casares, José Ramón I
Hernanz Ruiz, Manue
Larrinaga Vélez, M.^a Angeles
Lasa Zulueta, Alberto
Música Eizmendi, Arantxa
Palomo Lerchundi, Javier
Rey Sánchez, Francisco

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2010

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <<http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>>

Financiación: Beca de Investigación Comisionada 2007. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Nº Expediente 2007/09.

Este documento debe ser citado como:

Fernández A, González MA, Abeijón JA, Bravo B, Fernández de Legaria JA, Guadilla ML, Gutiérrez JR, Hernanz M, Larrinaga MA, Lasa A, Múgica MA, Palomo J, Rey F. *Abordaje integrado intra y extrahospitalario de los trastornos de conducta en la adolescencia*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco, 2010. Informe nº: Osteba D-10-01.

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras, y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión, externa o por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

Edición: 1.ª Agosto 2010

Tirada: 80 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Sanidad y Consumo

Internet: www.euskadi.net/sanidad/osteba

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: RGM, S.A.
Pol. Igeltzera, Pab. 1 bis – 48610 Urduliz-Bizkaia

Impresión: RGM, S.A.
Pol. Igeltzera, Pab. 1 bis – 48610 Urduliz-Bizkaia

ISBN: 978-84-457-3076-8

D.L.: BI 2228-2010

Investigadora principal

Aranzazu Fernández Rivas. Servicio de Psiquiatría, Hospital de Basurto. Bilbao. (Bizkaia).

Miembros del equipo de investigación

Juan Antonio Abeijon Merchan. Salud Mental Extrahospitalaria (Bizkaia).

Bittori Bravo Albizu. Salud Mental Extrahospitalaria (Gipuzkoa).

Jose Antonio Fernández de Legaria Larrañaga. Salud Mental Extrahospitalaria (Álava).

Miguel Angel González Torres. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao, (Bizkaia).

M.ª Luisa Guadilla Fernández. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Cruces. (Bizkaia).

Jose Ramon Gutierrez Casares. Servicio de Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Manuel Hernanz Ruiz. Salud Mental Extrahospitalaria. (Bizkaia).

M.ª Angeles Larrinaga Velez. Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental Extrahospitalaria. (Bizkaia).

Alberto Lasa Zulueta. Salud Mental Extrahospitalaria. (Bizkaia).

Arantxa Múgica Eizmendi. Salud Mental Extrahospitalaria (Gipuzkoa).

Javier Palomo Lerchundi. Servicio de Psiquiatría. Hospital Donostia. (Gipuzkoa).

Francisco Rey Sanchez. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Becario

Gaizka Ariz Martinez

Revisores externos

M.ª Dolores Domínguez Santos. Facultad de Medicina. Unidade de Saúde Mental da Infancia e a Adolescencia. Complexo Hospitalario Universidad de Santiago de Compostela (CHUS). A Coruña.

M.ª Jesús Mardomingo Sanz. Jefa de Sección de psiquiatría y psicología infantil Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

M.ª Dolores Mojarro Práxedes. Profesora Titular de Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla.

Coordinación del Proyecto en Osteba

Asun Gutierrez Iglesias. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. (Álava).

AGRADECIMIENTOS

Muchas personas han colaborado de alguna forma en la elaboración de este documento. Quienes figuran a continuación han participado especialmente, junto al equipo investigador, aportando documentos, datos y/o opiniones sobre el texto. Obviamente, los juicios y recomendaciones que se recogen en el documento reflejan la visión del equipo investigador y no necesariamente la de las personas señaladas.

José Antonio de la Rica. Director de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental CAV. Vitoria-Gasteiz. (Álava).

Jazinto Agirre, Begoña Salcedo, M.ª Dolores Goirienea. Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Bizkaia. Bilbao. (Bizkaia).

Alvaro Iruin, Lolo Aparicio. Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Gipuzkoa. Donostia. (Gipuzkoa).

Koldo Basterra, Rafael Sánchez Bernal. Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Álava. Vitoria-Gasteiz. (Álava).

Imanol Querejeta. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Donostia. (Gipuzkoa).

Begoña Lejona Martínez de Lecea y Maite Rodríguez Fernández. Biblioteca Hospital de Basurto. Bilbao. (Bizkaia).

Profesionales de Unidad de Psiquiatría Infantil de Álava, Equipo de Psiquiatría Infantil de Donostia, Centro de Salud Mental de Ajuriaguerra (infanto-juvenil y toxicomanías), Herribitarte y Uribe-Kosta en Bizkaia.

Ana Catalán Alcántara. Hospital de Basurto. Bilbao. (Bizkaia).

Begoña Solana Azurmendi. Salud Mental Extrahospitalario de (Bizkaia).

Serafin Martín Corral. Equipo Psicosocial Judicial CAV. Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social del País Vasco. Bilbao. (Bizkaia).

M.ª Dolores Mojarro Práxedes. Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla. (Sevilla).

Josefina Castro Fornieles y Angela Vidal. Hospital Clínico de Barcelona.

Aida Pérez Rodríguez. Fundación Sorapán de Rieros. Badajoz.

M.ª Dolores Domínguez Santos. Facultad de Medicina, Unidade de Saúde Mental da Infancia e a Adolescencia, Complexo Hospitalario Universidad de Santiago de Compostela (A Coruña).

ÍNDICE

RESÚMENES ESTRUCTURADOS	11
1. INTRODUCCIÓN.....	21
1.1. La adolescencia	23
1.2. Trastornos de conducta en la adolescencia	25
1.2.1. Definición y clasificaciones nosológicas	25
1.2.2. Prevalencia	26
1.2.3. Etiopatogenia	28
1.2.4. Subtipos clínicos.....	31
1.2.5. Comorbilidad.....	36
2. OBJETIVOS	39
3. MATERIAL Y MÉTODOS	43
3.1. Recogida de datos sobre la demanda de atención de adolescentes con Trastornos de conducta en la CAV.....	45
3.1.1. Obtención de datos de los registros sanitarios disponibles en la red de Salud Mental de CAV	45
3.1.2. Obtención de datos de una muestra de centros asistenciales de la CAV.....	46
3.2. Recogida de información sobre esquemas organizativos.....	46
3.2.1. Recogida de información de las modalidades asistenciales, protocolos y programas específicos utilizados en la atención a los Trastornos de Conducta en la adolescencia en la CAV	46
3.2.2. Recogida de información de programas específicos del entorno nacional e internacional dedicados a la atención de los Trastornos de Conducta en la adolescencia.....	47
3.3. Revisión sistemática de la literatura científica	47
3.3.1. Estrategia de búsqueda.....	47
3.3.2. Resultados de la búsqueda.....	48
3.3.3. Método de revisión	48
3.3.4. Criterios de inclusión.....	48
3.3.5. Criterios de exclusión	48
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	49
4.1. Demanda de atención sanitaria de los Trastornos de conducta en la adolescencia en la red de Osakidetza-servicio vasco de salud	52
4.1.1. Demanda de atención sanitaria en Salud Mental Extrahospitalario	52
4.1.2. Demanda de atención sanitaria psiquiátrica hospitalaria: Unidades de corta estancia	58
4.1.3. Discusión de Resultados del Análisis de la Demanda	60
4.2. Análisis de las técnicas y esquemas organizativos empleados en la red y en otras organizaciones sanitarias para la atención de los Trastornos de conducta en la adolescencia	63
4.2.1. Análisis de la organización sanitaria en la CAV.....	63
4.2.2. Programas específicos del entorno nacional e internacional dirigidos a la atención de Trastornos de conducta en la adolescencia.....	70

4.3. Revisión sistemática de la literatura	72
4.3.1. Preámbulo.....	72
4.3.2. Intervenciones psicosociales.....	72
4.3.3. Tratamientos psicofarmacológicos.....	85
4.3.4. Programas de prevención de los Trastornos de conducta en la adolescencia	95
4.4. Retos para el futuro.....	96
5. RECOMENDACIONES	97
5.1. Pacientes a los que va dirigido el Programa de tratamiento intensivo para adolescentes con Trastornos de conducta	99
5.2. Descripción del Programa de tratamiento intensivo para adolescentes con Trastornos de conducta	100
5.2.1. Detección de casos y derivación	100
5.2.2. Evaluación de los pacientes.....	101
5.2.3. Componentes del Programa de tratamiento intensivo para adolescentes con Trastornos de conducta.....	102
5.3. Otras sugerencias de mejora en la asistencia sanitaria a adolescentes con Trastornos de conducta en la CAV.....	105
5.4. Elaboración de guía de recursos públicos para la atención a adolescentes con Trastornos de conducta en la CAV.....	106
6. CONCLUSIONES	107
BIBLIOGRAFÍA	111

RESÚMENES ESTRUCTURADOS

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: ABORDAJE INTEGRADO INTRA Y EXTRAHOSPITALARIO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN LA ADOLESCENCIA

Autores: Fernández A, González MA, Abeijón JA, Bravo B, Fernández de Legaria JA, Guadilla ML, Gutiérrez JR, Hernanz M, Larrinaga MA, Lasa A, Múgica MA, Rey F.

Palabras clave MESH: *Trastorno de conducta, disruptivo, agresividad, adolescente, tratamiento psicosocial, psicofarmacología*

Fecha: Febrero 2010

Páginas: 124

Referencias: 130

Lenguaje: Español, resúmenes en inglés y euskera

ISBN: 978-84-457-3076-8

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la conducta (TC) en la adolescencia representan una patología de intensa gravedad y tendencia a la cronicidad que menoscaba el desarrollo psíquico del adolescente. Conforman un grupo de especial riesgo de desarrollo de trastornos de personalidad, adicción de sustancias, alcoholismo, embarazos adolescentes, conductas delictivas, y fracaso escolar y profesional. Son una patología cada vez más prevalente en el adolescente: afectan al menos al 6-16% de los varones y al 2-9% de las mujeres y representan la causa más frecuente de demanda de atención en salud mental en la adolescencia, llegando a representar de un tercio a la mitad de todas las demandas. Todo ello conlleva la necesidad de examinar la trascendencia del problema en la CAV, así como de establecer una serie de recomendaciones que guíen a la autoridad sanitaria a la hora de diseñar una oferta asistencial adecuada para estos menores.

OBJETIVOS

1. Conocer la demanda de atención sanitaria directamente relacionada con los TC en la adolescencia en la red pública de la CAV.
2. Analizar las técnicas y esquemas organizativos empleados en la red de Salud Mental de Osakidetza-servicio vasco de salud y en otros dispositivos sanitarios nacionales e internacionales para atender dichos trastornos.
3. Revisar la literatura nacional e internacional referente a este tema.
4. Elaboración de propuestas sobre atención a TC en la adolescencia para su eventual puesta en marcha en la CAV con el fin de mejorar la atención actual.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis de registros sanitarios disponibles en la red de Salud Mental del País Vasco, complementados por un examen más detallado de los datos de cada centro donde desarrollan su tarea los investigadores en aras de hallar la demanda existente de atención a los TC en la adolescencia.

Recogida de información sobre la práctica asistencial real en nuestro medio a los pacientes con TC. Recogida de información sobre esquemas organizativos en este campo, tanto de nuestro entorno nacional como de aquellos dispositivos extranjeros de prestigio.

Revisión sistemática de la literatura científica sobre la atención a Trastornos de Conducta en la adolescencia y modelos organizativos.

Análisis de los datos obtenidos, debate y elaboración de un informe con recomendaciones concretas.

Análisis económico: SI NO Opinión de expertos: SI NO

RESULTADOS

No existen estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de los Trastornos de Conducta en el adolescente en nuestro medio. Los datos de esta investigación son la primera evidencia y reflejan su alta frecuencia: son el motivo de consulta del 25-40% de los adolescentes que se atienden en los dispositivos de Salud Mental Extrahospitalarios y la causa de ingreso psiquiátrico del 47-76% de los adolescentes atendidos en las Unidades de psiquiatría infanto-juvenil hospitalarias.

No existen programas específicos de tratamiento para adolescentes con TC ni en la CAV ni a nivel nacional que engloben el abordaje intra y extrahospitalario.

Los abordajes terapéuticos que han demostrado su efectividad en base a diferentes investigaciones a nivel internacional son programas conductuales de manejo de contingencias, modelos cognitivos de entrenamiento en habilidades de resolución de problemas y en habilidades sociales (recomendando ser realizados en entornos grupales), entrenamiento a padres para el manejo conductual de sus hijos, terapia de familia funcional y terapia multisistémica.

Presentamos una propuesta terapéutica especializada para el tratamiento de los TC en la adolescencia, la cual supliría una necesidad asistencial acuciante además de representar un proyecto innovador a nivel nacional y factible de ser implementado.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El Programa de Tratamiento Intensivo para Adolescentes con Trastornos de Conducta que proponemos incluye un abordaje coordinado tanto intra como extrahospitalario. Está diseñado en módulos de tratamiento en función de las necesidades de cada caso. Incluye los abordajes terapéuticos que han demostrado su efectividad. Los módulos que lo componen son los siguientes: (1) módulo de hospitalización psiquiátrica completa, (2) módulo de hospitalización psiquiátrica parcial, (3) módulo de tratamiento individual (psicoterapéutico y psicofarmacológico), (4) módulo de entrenamiento grupal en habilidades psicosociales, (5) módulo de intervención con padres y (6) módulo de psicoterapia familiar sistémica.

LABURPEN EGITURATUA

Izenburua: NERABEZAROKO JARRERA-NAHASMENDUEN OSPITALE BARRUKO ETA KANPOKO ABORDATZE INTEGRATUA

Egileak: Fernández A, González MA, Abeijón JA, Bravo B, Fernández de Legaria JA, Guadilla ML, Gutiérrez JR, Hernanz M, Larrinaga MA, Lasa A, Múgica MA, Rey F.

Hitz klabeak Mesh: *jarrera-nahasmendua, disruptiboa, agresibitatea, nerabea, tratamendu psiko-soziala, psikofarmakologia*

Data: 2010ko otsaila

Orrialde kop.: 124

Erreferentziak: 130

Hizkuntza: Gaztelania, laburpenak ingelesez eta euskaraz

ISBN: 978-84-457-3076-8

SARRERA

Nerabegaroko jarrera-nahasmenduak (JN) patologia oso larriak eta nerabearen garapen psikikoa urritzen duen kronizitatera daramatenak dira. Ondokoak garatzeko arrisku handia duten taldea osatzen dute: pertsonalitate-nahasmenduak, substantziekiko mendekotasuna, alkoholismoa, nerabeen haurdunaldiak, delitu-jarrerak, eta eskola eta laneko porrota. Nerabeetan gero eta gehiago gertatzen ari den patologia da: gutxienez gizonezkoen %6-16an eta emakumezkoen %2-9an eragiten dute, eta nerabezarotan osasun mentaleko arreta-eskari handiena duena arrazoi nagusia da, eskari guztien herena. Hori guztia kontuan hartuta, EAEn arazo horren garrantzia aztertu egin behar da; halaber, gomendio batzuk ezarri behar dira agintari sanitarioak gidatzeko adingabeko horiei zuzendutako asistentzia mailako eskaintza diseinatzeko unean.

HELBURUAK

1. EAEko sare publikoak nerabegaroko JNekin zerikusi zuzena duen arreta sanitarioaren eskaria ezagutzeari.
2. Nahasmendu horiek artatzeko Osakidetza-Servicio vasco de salud erakundean eta bestelako nazio eta nazioarteko dispositibo sanitarioetako Osasun Mentaleko sareetan erabilitako teknikak eta antolaketa eskemak aztertzea.
3. Gai horri buruzko nazio eta nazioarteko literatura berrikustea.
4. Nerabegaroko JNei buruzko proposamenak egitea EAEn behin-behinean abian jartzeko era horretan gaur egungo arreta hobetzeko.

MATERIALA ETA METODOAK

Euskadiko Osasun Mentaleko sarean eskuragarri diren erregistro sanitarioak aztertzea, ikertzaileek euren lana garatzen duten zentro bakoitzeko datuen azterketa zehatzago baten laguntzarekin, era horretan, nerabearoan existitzen den JN arretako eskaria ezagutzeko.

JN duten pazienteeekiko gure inguruko benetako asistentzia praktikari buruzko informazioa biltzea. Ereku horretako antolaketako eskemei buruzko informazioa bitzea, gure inguru nazionalakoa eta atzerriko dispositibo garrantzitsuenena.

Nerabearoko Jarrera-Nahasmenduen arretari eta antolaketako sistemei buruzko literatura zientifikoaren berrikusketa sistematikoa.

Lortutako datuak aztertzea, eztabaidatzea eta gomendio zehatzak biltzen dituen txostena egitea.

Analisi ekonomikoa: BAI EZ **Adituen Irizpidea:** BAI EZ

EMAITZAK

Gure inguruan, ez da nerabearoko Jarrera nahasmenduen prebalentziari buruzko ikerketa epidemiologikorik existitzen. Ikerketa horretako datuak dira lehen ebidentzia eta horien maiztasun altua islatzen dute: ospitalez kanpoko Osasun Mentaleko dispositiboetan artatzen diren nerabeen kontsulten %25-40 dira eta ospitaleetako haur-gazte psikiatriako Unitateetan artatzen diren nerabeen ospitaleratze psikiatrikoen %47-76 dira.

Ez da JN duten nerabeak tratatzeko programa espezifikorik, ez EAEn ezta nazio mailan ere, ospitale barruko eta kanpoko abordatzea biltzen duenik.

Nazioarte mailan ikerketa desberdinetan oinarrituta eraginkortasuna erakutsi duten abordatze terapeutikoak ondokoak dira: kontingentziak maneiatzeko jarrera-programak, entrenamenduko eredu kognitiboak arazoak ebazteko eta gizarte trebetasunak garatzeko (komeni da lan taldetan egitea), gurasoei zuzendutako entrenamendua euren seme-alaben jarrera maneiatzeko, familia funtzionaleko terapia eta terapia multisistemikoa.

Nerabearoko JNak tratatzeko espezializatutako proposamen terapeutikoa aurkezten dugu, premiazko asistentzia beharra osatuko lukeena; halaber, nazio mailan proiektu berriztatzailea eta erraz ezartzekoa litzateke.

KONKLUSIOAK ETA GOMENDIOAK

Proposatzen dugun Jarrera-Nahasmendua duten Nerabeentzako Tratamendu Intentsiboko Programak ospitale barruko eta kanpoko abordatzea koordinatzen du. Tratamendu-moduluetan diseinatutako programa da, kasu bakoitzaren beharren arabera. Eraginkortasuna erakutsi duten abordatze terapeutikoak biltzen ditu: Programa hori osatzen duten moduluak ondokoak dira: (1) ospitaleratze psikiatriko osoko moduluak, (2) ospitaleratze psikiatriko partzialeko moduluak, (3) tratamendu indibidualeko moduluak (psikoterapeutikoa eta psikofarmakologikoa), (4) trebetasun psikosozialetan trebatzeko lan-taldeko entrenamendu moduluak, (5) esku-hartze moduluak gurasoekin eta (6) familia psikoterapia sistemikoko moduluak.

STRUCTURED SUMMARY

Title: INTEGRATED INTRA AND EXTRA-HOSPITAL APPROACH TO CONDUCT DISORDERS IN ADOLESCENCE

Authors: Fernández A, González MA, Abeijón JA, Bravo B, Fernández de Legaria JA, Guadilla ML, Gutiérrez JR, Hernanz M, Larrinaga MA, Lasa A, Múgica MA, Rey F.

Key words MESH: *Conduct disorder, disruptive, aggressiveness, adolescent, psychosocial treatment, psychopharmacology*

Date: February 2010

Pages: 124

References: 130

Language: Spanish, abstracts in English and Basque

ISBN: 978-84-457-3076-8

INTRODUCTION

Conduct Disorders (CD) in adolescence represent a serious pathology and tendency to chronicity which damages the psychic development of the adolescent. They make up a group in which there is a special risk of developing personality disorders, addiction to substances, alcoholism, adolescent pregnancies, criminal conducts and failure at school and in professional life. These pathologies are becoming more and more prevalent among adolescents: they affect at least 6-16% of men and 2-9% of women and represent the most frequent cause of the demand for care in mental health in adolescence, representing up to a third of all demands. All of these considerations point to the need to examine the importance of the problem in the Basque Community, as well as to establish a series of recommendations to guide the health authorities in designing an adequate offer of care for these minors.

AIMS

1. Determine the demand for health care directly relating to CD among adolescents in the public health network of the Basque Country.
2. Analyse the techniques and organisational structures deployed in the Mental Health network of Osakidetza-Basque health service and in other national and international health systems to deal with such disorders.
3. Review the national and international literature on this subject.
4. Prepare proposals on the care of CD in adolescents with a view to their possible implementation in the Basque Community in order to improve current levels of care.

MATERIAL AND METHOD USED

Analysis of health records available in the Mental Health network of the Basque Country together with a more detailed examination of the data from each centre in which researchers are working in order to determine the current demand for care of CD in adolescence.

Gathering of data on the real care practices offered to patients with CD in our environment. Gathering of data on organisational structures in this field, both in our environment at a national level and in systems of recognised prestige abroad.

Systematic review of the scientific literature on the care provided for Conduct Disorders in adolescence and organisational models.

Analysis of the data obtained, discussion and drafting of a report with specific recommendations.

Economical analysis: YES NO **Experts opinion:** YES NO

RESULTS

There are no epidemiological studies of the prevalence of Conduct Disorders in adolescents in our environment. The data from this research provide the initial evidence and reflect the high frequency rates: they are the motive for consultation of 25-40% of the adolescents who receive care at outpatient mental health units and are the cause for the admission to psychiatric units of children-young adults.

There are no specific treatment programmes comprising intra and extra-hospital care for adolescents with CD in the Basque Country or at a national level.

Therapeutic approaches that have demonstrated their effectiveness according to a number of different international research studies are contingency management conduct programmes, cognitive models of training in problem solving skills and in social skills (it is recommended that these be carried out in group environments), training for parents in the conduct management of their children, functional family therapy and multi-systemic therapy.

We present a specialised therapeutic proposal for treating CD in adolescence, which would replace the pressing need for care, as well as representing an innovative project at a national level of feasible implementation.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

The Intensive Treatment Programme for Adolescents with Conduct Disorders that we propose includes a coordinated approach both at an intra and extra-hospital level. It comprises a number of treatment models designed according to the needs of each case. It includes therapeutic approaches the effectiveness of which has been demonstrated. It consists of the following modules: (1) complete psychiatric hospitalisation module, (2) partial psychiatric hospitalisation module, (3) individual treatment module (psychotherapeutic and psychopharmacological), (4) group training module in psychosocial skills, (5) working with parents module and (6) systemic family psychotherapy module.

Defensor del Pueblo

RECOMENDACIONES

Que se lleven a cabo las investigaciones que permitan conocer los datos básicos sobre la ***incidencia de este problema en nuestra sociedad***, a fin de que se tomen las decisiones oportunas y ***se diseñen planes de actuación y recursos que hagan más eficaz la intervención.***

Informes, estudios y documentos: centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social (2009)

1. INTRODUCCIÓN

1.1. LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa del desarrollo caracterizada por la multiplicidad de cambios. Surgen cambios corporales muy manifiestos, cambios de orden psicológico en estrecha relación con las modificaciones físicas, se produce una maduración en el desarrollo cognitivo, así como una nueva necesidad y posicionamiento en cuanto a las relaciones sociales.

Los cambios físicos se producen con la entrada en la pubertad y afectan a la mayoría de los sistemas del organismo. Es la aparición de los caracteres sexuales secundarios lo más destacable, y con ello surge en el sujeto una intensa preocupación por su cuerpo, el cual le sorprende y le hace sentir que ya no está bajo su control.

En la esfera del desarrollo cognitivo se produce un hecho también esencial en esta etapa de la vida. Consiste en el paso, según la teoría de Piaget (1958), del periodo de operaciones concretas al de operaciones formales y con ello al acceso a una nueva y sorprendente habilidad: el pensamiento abstracto, hipotético-deductivo.

Desde una perspectiva psicodinámica también son numerosos y esenciales los cambios que se producen en esta etapa. Las transformaciones físicas van a ir acompañadas de modificaciones en la pulsión sexual (Freud 1905), la cual va a descubrir el objeto sexual en otra persona, adquiriendo la zona genital la primacía como zona erógena. Por otra parte aparece la problemática de la imagen del cuerpo: el cuerpo cambia y por ello el adolescente pierde el instrumento de medida y referencia hacia el ambiente que le rodea; las modificaciones somáticas pueden ser por tanto fuente de vanidad, pero también de sentimiento de insuficiencia e imperfección con la aparición de angustia (el cuerpo se le hace extraño).

La adolescencia puede también ser entendida como un trabajo de duelo. Se va a producir la pérdida real de personas influyentes de su infancia, así como una relajación de las ataduras del sujeto a sus padres para que de este modo él pueda elegir libremente su objeto de amor en su generación. Además, esta pérdida real reaviva

las experiencias anteriores de separación, por ello algunos autores como Masterson (1984) la han considerado la segunda fase del proceso de separación-individuación de la teoría de M. Mahler. El adolescente también debe renunciar a sus objetos edípicos y preedípicos, así como a la seguridad del medio familiar y al fantasma parental idealizado (ideal megalomaniaco infantil proyectado sobre sus padres). Para llevar a cabo este trabajo de duelo el adolescente dispone, además de una gran energía, de mecanismos de defensa específicos (A. Freud 1989): transferencia de la libido sobre los sustitutivos parentales, transformación en su contrario de los sentimientos experimentados hacia los fantasmas parentales (se traduce normalmente en una reivindicación y un sentimiento de libertad, transformando la dependencia en revolución), retracción de la libido hacia el self (manifestándose como ideas de grandeza o como desvalorización o quejas hipocondriacas) y la regresión como una tentativa de revivir aquellas primeras relaciones con el objeto materno.

Un aspecto clave en la adolescencia es el de la identidad y la identificación. El adolescente es un individuo en busca de su identidad, de un «yo», y por lo tanto de identificaciones. Tanto las modificaciones corporales que sufre, como la nueva emergencia pulsional que siente, le llevan a una situación de angustia en relación a la cohesión de su persona.

El narcisismo es un eje especial en su problemática. La ruptura de las antiguas relaciones objetales puede ocasionar el desprender de la libido del mundo exterior para acercarla así al dominio narcisista. Del mismo modo, las modificaciones de la imagen de su cuerpo y el cuestionamiento sobre su identidad, van a favorecer este bloqueo narcisista para que así el adolescente pueda obtener de sí mismo una imagen satisfactoria y una respuesta tranquilizadora al interrogante «¿qué soy yo?... ¿qué seré yo?» que él se plantea. Esta retracción narcisista como mecanismo de defensa se considera, en general, normal en la adolescencia. Producto de ello veremos a los adolescentes centrados en preocupaciones físicas o intelectuales, mostrando desde un interés exagerado hasta la despreocupación aparentemente total.

Todos estos cambios que ocurren en esta etapa de la vida van a conferir al adolescente una apariencia «sintomática» característica.

Los progresos en las diferentes esferas no van a ser sincrónicos, lo cual va a provocar un aspecto disarmónico en el desarrollo de estos sujetos. De este modo, la precocidad en una determinada esfera va a poder acompañarse de un cierto retraso en otra.

Una característica fundamental del comportamiento del adolescente es su apariencia de «tumulto» o «turbulencia» debido a las múltiples contradicciones que su conducta encierra y al aspecto de movilidad perpetua (mutabilidad) de los procesos psíquicos que utiliza Mazet y Houzel 1981). Contradicciones diversas, como la multiplicidad de identificaciones a pesar de su superficialidad, en la elección de objeto sexual que puede ser a la vez homo y heterosexual, en el comportamiento violento entre fuerzas progresivas y otras regresivas; etc. La mutabilidad se va a manifestar en base a la mayor libertad de comunicación que durante esta etapa existe entre el Yo, el Superyo y el Ello, posibilitando una sucesión veloz de movimientos pulsionales y defensivos que se reconocen en la clínica diaria como cambios (conductuales, emocionales, en las actitudes; etc) bruscos y aparentemente incomprensibles: tras una fase de regresión y de desorganización puede suceder otra de espectaculares progresos intelectuales, tras una situación de descontrol de su agresividad puede seguir otra de tranquilidad y calma, tras una fase de aparente equilibrio puede el adolescente deprimirse súbitamente por cualquier causa que resulta incomprensible; etc.

Este aspecto «sintomático» que el adolescente muestra ha determinado que en ocasiones se entienda a la adolescencia como una crisis. Nosotros coincidimos con la opinión de A. Haim (1970) en que no se puede considerar como crisis esta etapa de la vida fundamentalmente por dos razones. Primero, porque como indica el propio término crisis, ésta hace referencia a una situación aguda, y no se puede considerar que una etapa del desarrollo vital que precisa de varios años para completarse sea un hecho agudo. Y segundo, porque lo que sí ocurre a lo largo de

la adolescencia es la sucesión de diversas fases de situaciones críticas (en el verdadero sentido de la palabra) seguidas de periodos de calma.

Por ello, nosotros entendemos a la adolescencia como una etapa de la vida con apariencia de «tumulto» o «turbulencia» y en la que se suceden frecuentes situaciones de crisis, todas ellas necesarias para el proceso de desarrollo normal del adolescente. Como indican Looney y Oldham (1989), un paso tranquilo por la adolescencia, sin la vivencia de ninguna situación crítica, no sólo indica un trastorno del desarrollo, sino que también puede considerarse como un signo de incierto pronóstico.

No obstante, el diagnóstico psicopatológico en las crisis de la adolescencia no siempre es fácil. El diferenciar una sintomatología propia del desarrollo adolescente de una verdadera identidad psicopatológica de base en ocasiones puede ser complejo; en otras ocasiones la sintomatología propia de la crisis adolescente se superpone a un trastorno psiquiátrico dificultando el diagnóstico de este último. Esta dificultad será de especial relevancia en el diagnóstico de adolescentes con problemas de conductas.

Quisiéramos a continuación destacar ciertas características de la clínica del adolescente. Clínica que va a estar dominada por una diversidad de conductas y síntomas y por una ausencia, como ya hemos destacado, de límites precisos entre lo normal y lo patológico.

El adolescente va a mostrar una gran tendencia a las conductas impulsivas, al paso al acto (King 2007, Mazet y Houzel 1981, Pentz 1994, entre otros). Será un modo de canalizar su angustia a través de una motricidad que aún no consigue dominar bien, una necesidad de exteriorizar las dificultades internas en un intento de evitarlas. Este paso al acto lo reconoceremos en la forma de alteraciones o problemas de conducta: cóleras violentas (en ocasiones con auto y/o heteroagresividad), de fugas (generalmente tras conflictos familiares, será una huida impulsiva sin un objetivo preciso), del robo (nos referimos al robo impulsivo no enmarcado dentro de un verdadero comportamiento psicopático), del consumo de alcohol o drogas como búsqueda

de una satisfacción inmediata; o de comportamientos suicidas impulsivos, fundamentalmente tentativas de suicidio.

Las conductas violentas son frecuentes en el adolescente, dada la fragilidad narcisista en la que se encuentra. Siempre que el narcisismo está en cuestión, el sujeto se defiende por un movimiento de inversión en espejo que le hace actuar como lo que él teme sufrir. El comportamiento violento busca compensar la amenaza sobre el Yo y su posible desfallecimiento imponiendo su dominio sobre el objeto desestabilizador. Este puede situarse bien en la realidad externa o bien a nivel interno por la emergencia de deseos sentidos como una amenaza para el Yo (Jeammet 2002).

También son característicos de la adolescencia los conflictos de oposición a los padres y a otras figuras de autoridad. Estos conflictos ponen de manifiesto tanto la dificultad del adolescente para conseguir su autonomía, como la tolerancia del ambiente para soportarlos. Los motivos desencadenantes de estos conflictos suelen deberse a temas como la confrontación entre diferentes sistemas de valores, el porvenir profesional o la no aceptación de alguien amigo-a por parte de los padres, entre otros.

Estas características del desarrollo adolescente favorecerán la aparición de Trastornos de conducta (TC) en esta etapa de la vida, y complicarán la diferenciación entre aquellos TC que se enmarcan en el desarrollo adolescente de aquellos con otros sustrato etiopatogénico.

1.2. TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA ADOLESCENCIA

1.2.1. Definición y clasificaciones nosológicas

Los Trastornos de Conducta en la adolescencia son una entidad clínica controvertida por su heterogeneidad sintomática, multicausalidad y alta comorbilidad que precisa de más estudios para su mejor comprensión. Además, representan una patología de intensa gravedad y tendencia a la cronicidad (algunos estudios informan de la persistencia del TC en varones

adolescentes en un 50-80% tres o cuatro años después del diagnóstico) que menoscaba el desarrollo psíquico del adolescente y con ello sus posibilidades de futuro (Connor et al 2007). Son así mismo la causa más frecuente de demanda de atención en salud mental en la adolescencia, llegando a representar de un tercio a la mitad de todas las demandas (Bassarath 2001; Gustle et al 2007; Obsuth et al 2006, Peterson y Sheldon 2006, Tcheremissine et al 2004; entre otros).

Dentro de esta categoría diagnóstica se engloban diferentes trastornos como se detallan en las clasificaciones internacionales. De acuerdo a la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) se incluyen en tres apartados, destacando si la conducta disocial va o no unida a un Trastorno por déficit de atención con hiperactividad o a alteración de las emociones (depresión, ansiedad u otras emociones):

- Trastornos hiperkinético disocial (F90.1).
- Trastornos disociales (F91): T. disocial limitado al contexto familiar, T. disocial en niños no socializados, T. disocial en niños socializados, T. disocial desafiante y oposicionista, Otros T. disociales y T. disocial sin especificación.
- Trastornos disociales y de las emociones mixtos (F92): T. disocial depresivo, Otros T. disociales y de las emociones mixtos, T. disocial y de las emociones mixto sin especificación.

Siguiendo a la CIE-10 se define como T. disocial a la «forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas, mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en la que vive. Se trata por tanto de desviaciones más graves que la simple maldad infantil o rebeldía adolescente. Los rasgos de T. disocial pueden también ser secundarios a otros trastornos psiquiátricos, en cuyo caso debe codificarse el diagnóstico del trastorno subyacente. Los trastornos disociales y de las emociones mixtos se caracterizan por la combinación persistente de un comportamiento agresivo, disocial o retador, con manifestaciones claras y marcadas

de depresión, ansiedad u otras alteraciones emocionales».

Por su parte el DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado) contempla tres subtipos de T. de conducta: Trastorno disocial, Trastorno negativista desafiante y Trastorno del comportamiento perturbador no especificado. En el caso del T. disocial no plantea ningún criterio de exclusión de otra patología para su diagnóstico.

Como se puede ver, es la clasificación CIE-10 la que recoge una mayor diversidad clínica, haciendo ya hincapié en la alta comorbilidad de este trastorno (que más adelante comentaremos) y aportando diferentes entidades clínicas para su diagnóstico diferencial.

Además de las categorías específicas antes señaladas, otros pacientes también pueden presentar problemas de conducta en el marco de otros trastornos psiquiátricos o neurológicos y requieran por ello de un abordaje terapéutico específico. El grupo de estas categorías clínicas es extenso, como señalan Eddy (2006) y Peterson y Sheldon (2006): Trastornos adaptativos (con alteración de la conducta o alteración mixta de emociones y conducta), comportamiento antisocial de niños y adolescentes, Retraso mental, Psicosis, Trastornos del estado del ánimo (depresión, T. bipolar), Trastornos de personalidad (especialmente límite y antisocial), Trastorno explosivo intermitente, Trastornos por abuso de sustancias, Trastornos de ansiedad (Trastorno por estrés postraumático), Trastornos convulsivos o Traumatismo craneoencefálico.

Es por esta razón por la que nosotros incorporaremos para el presente estudio a todos aquellos pacientes que acuden a dispositivos de salud mental demandando atención especializada por presentar problemas de conducta. Coincidimos con la visión del Defensor del Pueblo (2009) respecto «que la definición de Trastorno de Conducta es la descripción de una constelación de comportamientos».

Existe una cierta discusión abierta en la literatura científica respecto a la relación entre los diversos trastornos que engloban la categoría de Trastornos disruptivos. Algunos autores piensan

que el Trastorno negativista desafiante y el Trastorno disocial son categorías que se solapan y por lo tanto no deberían considerarse trastornos diferenciados, otros autores, sin embargo, defienden la postura de las clasificaciones internacionales de diferenciar como dos entidades distintas. Un tercer punto de vista, el cual nosotros compartimos, es entender a los TC como un trastorno heterogéneo, con síntomas que se solapan con otros diagnósticos. Por lo tanto, la distinción entre TC puro y TC comórbido es en ocasiones muy difícil. Los criterios que definen a los TC son signos, no síntomas, y, por lo tanto, informan poco sobre las causas subyacentes (Gérardin et al 2002).

1.2.2. Prevalencia

Los trastornos de conducta son una patología cada vez más prevalente en el adolescente. Se piensa que afectan al menos al 6-16% de los varones y al 2-9% de las mujeres (DSM-IV-TR; Tcheremissine y Lieving 2006). No obstante, se hallan diferentes tasas en función de las investigaciones. En un estudio reciente se documentan tasas de Trastorno Negativista Desafiante de 9,1% para mujeres y 13,4% para varones; y de Trastorno Disocial 3,8% y 14,1% respectivamente (Rey et al, 2007). Por otra parte, en el estudio de Barkmann (cit en Littell, Winsvold et al 2007) se constató también la alta frecuencia de estos síntomas en niños y adolescentes, así en población alemana de 4 a 18 años hallaron un 10-18% de menores con problemas de conducta relevantes clínicamente.

Diferentes estudios han constatado la mayor prevalencia de este trastorno en varones (3 ó 4 veces superior a mujeres), con un inicio precoz también más frecuente; en ambientes sociales bajos y en entornos urbanos respecto a rurales (Gérardin et al 2002; Loeber et al 2000, Rey et al 2007, Tcheremissine y Lieving 2006; entre otros).

En cuanto a las diferencias sintomáticas por sexos aún resultan en gran parte desconocidas las especificidades de las mujeres adolescentes con TC puesto que la mayoría de los estudios se han llevado a cabo con muestras predominantemente de varones.

No obstante, en base al conocimiento actual sobre el tema podemos destacar que el inicio en éstas parece ser más tardío. Se ha pensado que presentan un «inicio diferido»: los factores de riesgo que han llevado a la producción del TC se han dado desde la infancia y sin embargo el desarrollo de la patología no se hace expresa hasta la adolescencia (Frick y Ellis 1999, Keenan et al 1999). Presentan más frecuentemente síntomas internalizantes: trastornos de ansiedad (T. ansiedad de separación, T. ansiedad generalizada, fobias, T. estrés postraumático), trastornos depresivos y en consecuencia mayores tasas de ideación y tentativas suicidas. Por ejemplo, en el estudio epidemiológico «The Ontario Child Health Study» la frecuencia de presentación de adolescentes con TC y T. emocional comórbido ocurrió en el 48,1% de las chicas y en el 15,3% de los varones; dato paralelo al riesgo de comportamiento suicida publicado para estos casos según diferentes investigaciones: 8,6 OR para chicas y 5,6 OR para varones, o incluso se ha hablado de triple riesgo para chicas (Keenan et al 1999, Tcheremissine y Lieving 2006). Hamerlynck y colaboradores (2007) estudiando un grupo de mujeres adolescentes delincuentes hallan paralelismo entre el grado de agresividad y la sintomatología de estrés postraumático y síntomas de suicidabilidad (valorada según Kiddie-SADS). Se ha señalado también que en las jóvenes es más característica la utilización de modos indirectos o relacionales y verbales de agresividad (Tcheremissine y Lieving 2006). Presentan mayor frecuencia de embarazos adolescentes, de relaciones con parejas que presentan T. antisocial de la personalidad (más que los varones adolescentes con TC), riesgo incrementado de desarrollar ellas mismas T. antisocial de la personalidad y mayor tasa de mortalidad (Keenan et al 1999). Respecto al tratamiento se ha sugerido que las intervenciones focalizadas en las relaciones con iguales pueden ser más eficaces en las chicas con TC, puesto que ellas parecen estar más afectadas emocionalmente por estas relaciones; del mismo modo se ha sugerido que la intervención terapéutica en chicas incluya, además del clásico abordaje conductual, aspectos cognitivos y emocionales, los cuales se piensa puedan ser particularmente importantes en el caso de estas menores (Keenan et al 1999).

En los varones, además de caracterizarse por un inicio más precoz, el tipo de agresividad es generalmente más franca, física y directa (Tcheremissine y Lieving 2006).

Estos adolescentes presentan una sintomatología grave, compleja y variada, como se constata en la clínica y en diferentes investigaciones, entre la que destacamos la realizada por Lambert et al (2001). Estos autores constatan la gravedad sintomática de estos sujetos en un estudio de seguimiento de cinco años a una extensa cohorte de pacientes afectos de diferentes patologías (984 niños y adolescentes). Hallan cómo los menores con TC presentaban los problemas peores y el mayor grado de incapacidad en su funcionamiento. Además de los clásicos síntomas externalizantes presentaban puntuaciones superiores en síntomas internalizantes como aislamiento y depresión y una tasa superior de recaídas en el seguimiento. Concluyen que el curso de los TC es crónico y deteriorante del funcionamiento del paciente, lo cual se asemeja más a una discapacidad global que a un problema circunscrito al que se indica un tratamiento limitado y específico a dicho síntoma.

Por lo tanto, y como se señala en la investigación mencionada en el apartado anterior, esta clínica les lleva a una merma importante de su funcionamiento con consecuencias en el ámbito familiar, escolar, social, de su salud física personal y, a veces, incluso judicial por la comisión de actos delictivos. Todo ello ensombrece intensamente el pronóstico y el futuro de estos menores, los cuales conforman, insistimos, un grupo de especial riesgo de desarrollo de trastornos de personalidad, adicción de sustancias, alcoholismo, embarazos adolescentes, conductas delictivas, y fracaso escolar y profesional.

Según cálculo de la Organización Mundial de la Salud en el 2004 (Doughty C, 2005) el coste económico y social de los Trastornos de conducta en la adolescencia es muy alto. Incluye el coste del tratamiento, gastos del sistema de protección social y de justicia juvenil, el fracaso escolar y los costes emocionales y académicos de las víctimas y familiares. Con todo ello estimaba que el gasto anual de un niño diagnosticado de Trastorno de conducta ascendía a unos 26.000 \$

USA. Así en Estados Unidos están considerados, los trastornos de conducta en la adolescencia, como uno de los problemas de salud mental infanto-juvenil más caros (Eddy 2006).

En este sentido, Foster et al (2005) publican un estudio en el que exploran las implicaciones económicas de los TC en la infancia y adolescencia, estudio que forma parte del amplio proyecto denominado «Fast Track Project». Hacen un seguimiento de siete años (desde 6º de Educación Primaria hasta 2º curso de Bachiller) a un grupo de 664 menores de cuatro comunidades de bajo nivel económico de los Estados Unidos. Dividen la muestra en cuatro grupos: los que son diagnosticados de T. disocial, los que presentan T. negativista desafiante, los que presentan alteraciones de conducta pero no son diagnosticados de TC y la muestra control sin síntomas conductuales. Se valoró el gasto que estos menores precisaron en los siguientes entornos: educativo (orientación escolar, repetición de cursos, necesidad de pedagogía terapéutica o educación especial), sanitario (de salud general ambulatorio o específico de salud mental: ambulatorio, hospitalario, urgencias, dispositivos de atención intermedia) y justicia juvenil (detenciones, emplazamientos residenciales). El grupo de pacientes que mostró un mayor gasto económico global fueron los adolescentes que presentaba T. disocial, los cuales a lo largo de los siete años de seguimiento precisaron un gasto de 70.000 \$USA superior a los que no presentaron problemas de conducta. El coste de los menores con T. disocial fue 10 veces superior al del grupo control y 3,5 veces superior al del grupo que presentaba alteraciones de conducta, pero que no fue diagnosticado de T. disocial (este grupo fue el que precisó la mayor cuantía de ingresos psiquiátricos hospitalarios).

1.2.3. Etiopatogenia

Parte de la dificultad terapéutica de estos pacientes está también en la etiopatogenia de este trastorno, la cual es compleja y multifactorial puesto que se ven entrelazados factores de riesgo diversos que podemos englobar en las siguientes categorías (AACAP Official Action 2007; Burke et al 2002; Hendren y Mullen 2006, Rey et al 2007, Mojarro y Benjumea 1998, entre otros):

1. Factores biológicos

- a. *Genéticos*: la importancia de la vulnerabilidad genética en la etiopatogenia de estos trastornos aún no está del todo clara, aunque es probable que los factores genéticos intervengan tanto directamente como a través de su influencia en el temperamento, especialmente en aquellos menores caracterizados por temperamento difícil. Se han identificado factores genéticos en los distintos rasgos que se cree contribuyen al Trastorno Disocial, como son la desatención, la hiperactividad, la agresividad y la búsqueda de novedades. En investigaciones recientes (Caspi et al 2002, Foley DL et al 2004) han hallado interrelación entre gen y ambiente, demostrando que un polimorfismo funcional en el gen que codifica la enzima MAO-A modera los efectos de la exposición al maltrato. Así, niños que han padecido maltrato con un genotipo que les confiera altos niveles de expresión de MAO-A desarrollan con menor frecuencia comportamiento antisociales, esta mayor expresión del gen conferiría una mayor actividad MAO-A que paliaría la actividad de las aminas biógenas que se produjeran secundarias al maltrato. En otras investigaciones se ha hallado correlación entre la presencia al menos de una copia del alelo *TPH*U* del gen de la triptófano hidroxilasa y la presencia de mayores índices de rabia y agresión, así como asociación de este gen con la agresividad impulsiva en varones con trastornos de personalidad y en sujetos que han realizado tentativas de suicidio violentas (Bassarath 2001).
- b. *Hormonales*: se cree que los cambios hormonales influyen directamente en el comportamiento de los adolescentes. En este sentido se ha relacionado el nivel alto de testosterona en varones adolescentes con la impaciencia y la irritabilidad, las cuales los hacen proclives a la manifestación de comportamientos agresivos y destructivos. También existen estudios que han hallado la presencia de niveles reducidos de cortisol salival y plasmático en adolescentes agresivos; y se ha detectado relación

negativa entre niveles de cortisol salival y la presencia de TC en el menor y Trastorno de personalidad antisocial en padres.

- c. *Disfunción de la neurotransmisión*: en numerosas investigaciones realizadas en niños, adolescentes y adultos antisociales o agresivos se han observado indicios de una posible disfunción o alteración en la neurotransmisión de las monoaminas. Así, la alteración de la función serotoninérgica se ha relacionado con agresividad episódica y podría estar vinculada a la capacidad de inhibir el comportamiento. Se han hallado niveles bajos de metabolitos de la serotonina (5-HIAA) en LCR en adultos con comportamiento suicida violento; así mismo se ha detectado que el 5-HIAA y el ácido homovanílico se hallaban inversamente relacionados en una muestra de niños con Trastorno negativista desafiante (Hendren y Mullen 2006).
- d. *Hallazgos neurológicos y vegetativos*: en algunos adolescentes con Trastorno Disocial se ha objetivado una amplitud reducida en el potencial P300 frontal, pero no está claro si es debido al propio trastorno o a comorbilidad con otras entidades como el TDAH y la disfunción ejecutiva. En diversas investigaciones se ha constatado la frecuente afectación de funciones verbales y ejecutivas en adolescentes con problemas de delincuencia. También se ha relacionado el T. disocial con la hipoactividad vegetativa que ralentiza la respuesta de ansiedad anticipatoria, lo cual puede entorpecer al individuo aprender a evitar el castigo o el daño mediante este mecanismo. Recientemente se ha documentado el hallazgo mediante RMN de reducción significativa del volumen de córtex insular anterior bilateral y en amígdala izquierda en un grupo de adolescentes con TC respecto de un grupo control sano, relacionando los autores dichos hallazgos con la presencia de agresividad y falta de empatía (Sterzer et al 2007). Se piensa que la baja frecuencia cardíaca en reposo es el mejor marcador de riesgo biológico que se correlaciona con el comportamiento anti-

social y agresivo en niños y adolescentes, se hipotetiza que pueda estar en relación con un hipofuncionamiento noradrenérgico y temperamento intrépido de búsqueda de sensaciones (Raine 2002).

- e. *Exposición a toxinas prenatales*: los niños expuestos al alcohol en la etapa fetal manifiestan en mayor medida trastornos del comportamiento perturbador con desatención e hiperactividad notables y dificultades sociales. También, en algunos estudios, se ha hallado relación entre el consumo de tabaco durante la gestación y riesgo de TC en varones.

2. Factores psicológicos

- a. *Temperamento*: el temperamento se considera una faceta innata y constitucional en el desarrollo del niño. La relación entre este aspecto y los TC aún no está del todo clara e incluso es contradictoria según los resultados de diferentes estudios. No obstante, es importante tenerlo en consideración dado que ha habido investigaciones que han detectado cierto poder predictivo entre las características temperamentales (como emocionalmente negativo, respondedor intenso o reactivo e inflexibilidad) y el desarrollo posterior de problemas de conducta externalizantes. En este sentido el temperamento podría representar una conexión entre una predisposición biológica y un posterior Trastorno comportamental, así mismo se podría considerar un marcador clave de menores de riesgo (Hendren y Mullen 2006; Lyons-Ruth y Jacobvitz 2008).
- b. *Factores cognitivos y de personalidad*: estudios han detectado que menores con T. disocial o T. negativista desafiante disponen de pocas estrategias para la resolución de problemas sociales, estrategias más negativas y agresivas para afrontar los conflictos y menores habilidades de juego que sus compañeros sanos. Los menores con TC muestran menor empatía (menos capaces de percibir los criterios, opiniones y emociones de otras personas), mayor tendencia a atribuir intenciones hosti-

les en los otros y a un funcionamiento egocéntrico. También se ha hipotetizado la presencia de disfunción ejecutiva en menores con T. disocial, pero no queda claro si es debido a este trastorno o se trata de una consecuencia de un trastorno comórbido (como el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, TDAH). No parece que estos trastornos estén asociados a un determinado nivel de inteligencia, aunque si se ha demostrado asociación con Trastornos de la lectura (lo cual se cree basado en un anormal procesamiento del lenguaje en el córtex temporal izquierdo) y déficit visoperceptivos (Mojarro y Benjumea 1995, 1996). Rasgos de carácter como impulsividad y desinhibición conductual, búsqueda de sensaciones (Muñoz García et al 2005) se han asociado con estas patologías. Finalmente se ha estudiado el comportamiento disruptivo de los menores en función del tipo de agresividad que muestran, como detallamos más adelante.

3. Factores familiares: la psicopatología parental, un entorno familiar muy desfavorecido, disfuncional y desorganizado son comunes en los menores que presentan conductas disruptivas. El trastorno de personalidad antisocial, el comportamiento delictivo y el alcoholismo (en especial del padre) son los factores de riesgo más sólidos que se han hallado. Las madres de estos niños o adolescentes presentan más frecuentemente una personalidad antisocial, somatización o abuso de alcohol. Mensajes durante la crianza en relación a que el comportamiento expresivo (incluyendo agresividad) y el egocentrismo son normales e incluso justificados favorece el desarrollo de estas patologías. También, de acuerdo con la teoría del aprendizaje, se ha hipotetizado que modelos de refuerzo negativo pueden fomentar los comportamientos negativistas desafiantes (el niño aprende a evitar tareas para él desagradables mediante el negativismo y la hostilidad). Interacciones familiares patológicas en las que los menores desarrollan vínculos de apego inseguros (evitativos o desorganizados), también se

han relacionado con una mayor prevalencia de alteraciones del comportamiento en menores preescolares y en escolarización primaria (Lyons-Ruth y Jacobvitz 2008) y en pacientes con TC, puesto que dicha relación vincular provocaría una merma en la capacidad de autorregulación de afectos y conducta (Keiley MK 2002). Las familias de menores delincuentes tienden a resaltar en menor grado las dimensiones de crecimiento personal (como logros o intereses culturales o éticos). Estas familias se caracterizan por un mayor grado de desacuerdo y discordia parental, divorcio, o ser monoparentales. Así mismo estilos de crianza extremos, bien punitivos o permisivos, o dinámicas familiares coercitivas se han relacionado con la génesis de problemas de conducta en el menor. El grado de supervisión de padres respecto al hijo es un aspecto central en la génesis de esta patología, en este sentido la autonomía prematura en el adolescente se asocia a un mayor riesgo de conductas problemáticas (Connell et al 2007).

4. Factores sociales: el más importante de los factores sociales es la relación entre vivencias de abuso, negligencia o maltrato por parte de cuidadores básicos (generalmente padres) en los primeros años de vida y el desarrollo de conductas disruptivas en el menor. Otros factores que se han considerado son el bajo nivel económico, aunque parece que la influencia es indirecta, vía el grado de supervisión familiar o el exceso de personas conviviendo. El comportamiento antisocial precoz y el rechazo por parte de padres son factores importantes que parecen preceder al trastorno. La exposición a iguales con conductas disruptivas o delictivas parece incrementar el comportamiento delictivo previo. Las creencias culturales (como la aceptación de la agresividad, el respeto por las autoridades, el papel de los padres o el valor de la independencia) constituyen factores de peso en la expresión de comportamientos agresivos y disociales. McCabe et al (2005) realizan un estudio valorando el riesgo de desarrollar TC o síntomas externalizantes (medidos con el instrumento Child Behavior Checklist, CBCL)

en los siguientes dos años en una muestra de adolescentes expuestos a vivencias de violencia, encuentran cómo el haber padecido maltrato infantil predecía el desarrollo de TC (pero no de síntomas externalizantes) y la exposición a violencia en la comunidad contribuía al desarrollo tanto de TC como de síntomas externalizantes.

Como resumen y organización respecto a su relevancia en la génesis de TC quisiéramos detallar el artículo de Bassarath (2001), quien categoriza los diferentes *factores de riesgo* que hemos mencionado en diferentes perfiles:

- *Factores de alto riesgo*: antecedente de comportamiento antisocial; relaciones con iguales antisociales; pocos vínculos sociales (escasa popularidad y relaciones sociales); abuso de sustancias; sexo varón; padres antisociales.
- *Factores de riesgo moderado*: inicio precoz de conductas agresivas; familia de bajo nivel socioeconómico; características psicológicas (tendencia a gran actividad, conductas de riesgo, impulsividad, baja capacidad de atención); relaciones padres-hijo inconsistentes o punitivas, poca supervisión, poco afectuosa o actitud negativa hacia el menor; actitud negativa hacia lo escolar; antecedentes médicos o físicos (complicaciones en el parto, anomalías físicas, traumatismos craneoencefálicos, déficits cognitivos, especialmente en áreas verbales; etc).
- *Factores de riesgo leve*: características familiares (estrés familiar, conflictiva conyugal); ruptura del hogar familiar en la infancia; padres abusivos (física, emocional o sexualmente).

Así mismo este autor elabora un listado de *factores protectores*, los cuales son:

- Sexo femenino.
- Alta inteligencia.
- Orientación social positiva.
- Temperamento resiliente: poseer buenas habilidades de afrontamiento del estrés o el trauma.
- Ser competente al menos en una habilidad.
- Ansiedad: sentimientos de ansiedad, culpa y pesar protegen del desarrollo de conductas transgresoras.

- Relaciones cálidas y de apoyo con adultos.
- Implicación personal y familiar en valores sociales.
- Obtener reconocimiento por participación positiva en actividades extracurriculares.
- Organización social en la que se reside fuerte y estable.

1.2.4. Subtipos clínicos

Desde una perspectiva clínica, y dada la heterogeneidad de estos trastornos como ya hemos mencionado, se ha visto importante la *diferenciación en subtipos* de estos pacientes atendiendo a diversos criterios (edad de inicio o tipos de agresividad) puesto que, se ha visto que va unido a implicaciones tanto etiopatogénicas como terapéuticas.

Se ha constatado la importancia de diferenciar estos pacientes según la *edad de inicio*: Inicio en la infancia (prepuberal, antes de los 10 años de edad según DSM-IV) o en la adolescencia (posterior a 10 años). El *subtipo de inicio en la infancia* es más infrecuente si bien representa un subtipo de mayor gravedad asociado a comportamientos violentos más persistentes, mayor prevalencia de déficits neuropsicológicos (como alteraciones en el lenguaje o el funcionamiento intelectual o antecedente de déficit de atención e hiperactividad), estilo de educación parental inconsistente en cuanto a medidas de disciplina y peor evolución en general (Connor et al 2007, Rappaport y Thomas, 2004). El *TC de inicio en la adolescencia* tiene una menor duración y en general se trata de un trastorno más benigno en clínica y pronóstico, el cual tiene una mayor tasa de prevalencia en mujeres que el subtipo infantil (Connor et al 2007). Ambos subtipos también se han diferenciado por la comorbilidad que suele acompañar a los TC. En la investigación realizada por el equipo de Connor et al (2007) hallan perfiles diferenciadores en ambos subtipos: los TC de inicio en la infancia son más frecuentemente varones (95%), como patología comórbida presenta más frecuentemente Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (98%), Trastornos de ansiedad (80%), Depresión mayor (43%) y T. bipolar (23%), Abuso de drogas (8%), T. de estrés

postraumático (TEPT, 5%), Abuso de alcohol (3%); en comparación con el grupo de inicio en la adolescencia que tenían mayor prevalencia de chicas (31%, 69% varones), y una mayor diversidad de patologías comórbidas: Depresión mayor (54%), Abuso de alcohol (54%), Abuso de drogas (54%), T. ansiedad (38%), T. bipolar (31%), TEPT (31%) y TDAH (6%). Los autores concluyen que los TC son una patología muy heterogénea que frecuentemente cursa comórbido a otros trastornos psiquiátricos.

Investigaciones centradas en la agresividad y los trastornos de conducta han demostrado que el comportamiento agresivo es una dimensión relativamente estable de la infancia a la adolescencia: el 32%-81% de los niños que presentan estas conductas continúan siendo agresivos en la adolescencia (Barkley et al 1999). No obstante, ello no debe llevar a los clínicos a adoptar una posición derrotista, connotando a este tipo de pacientes como refractarios al tratamiento.

Otro modo de subclasificar estos pacientes ha sido mediante el análisis del *tipo de conducta agresiva* que presentan: agresividad abierta (*overt*) y encubierta (*covert*), agresividad proactiva y reactiva-afectiva; agresividad con o sin rasgos de crueldad-impasibilidad (*callous-unemotional traits*).

La *agresividad declarada (overt)* es aquella en la que la agresividad confronta directamente a otra persona bien de modo físico o verbal (agredir, desobedecer, etc) y *encubierta (covert)* en la que no existe confrontación con otras personas (robar, mentir, etc). Estos subtipos además se pueden subdividir atendiendo a otra *dimensión (comportamientos destructivos o no destructivos)* en cuatro categorías: destructivo encubierto (violaciones de la propiedad), destructivo declarado (agresión), no destructivo encubierto (trasgresión encubierta de normas sociales) y no destructivo declarado (conducta opositora), como se detalla en la siguiente tabla (Frick y Ellis 1999).

Tabla 1. Subtipos de agresividad (Frick y Ellis 1999)

DESTRUCTIVO	
ENCUBIERTO (covert)	DECLARADO (overt)
Violaciones de la propiedad Crueldad con animales Mentir Incendiar Robar Vandalismo	Agresión Atacar Echar la culpa Abusar Crueldad Luchar, pelear Rencoroso, vengativo
NO DESTRUCTIVO	
ENCUBIERTO (covert)	DECLARADO (overt)
Trasgresión encubierta normas sociales No respeta reglas Fuga Decir palabrotas Absentismo escolar	Conducta opositora Rabioso, resentido Molesta o otros Discute o desafía órdenes de adultos Rabietas Terquedad Irritable, enfadadizo

Autores como Loeber y su equipo (Loeber y Hay, 1997) plantean tres posibles caminos en varones (niños y adolescentes) para el desarrollo de conducta disocial:

- Camino de agresividad declarada (*Overt pathway*): el menor comienza inicialmente presentando agresividad leve (molesta o abusa a otros), a continuación progresa a peleas físicas para avanzar en el último estadio a presentar violencia franca (atracó, robo).
- Camino de agresividad encubierta (*Covert pathway*): las conductas trasgresoras iniciales son de carácter leve (mentir, hurtos menores), progresan posteriormente a presentar daños de la propiedad (vandalismo) y finalmente el último nivel en el que se perpetran conductas delictivas serias.
- Camino de conflicto con la autoridad (*Authority conflict pathway*): es el tipo de conducta que antes comienza en el desarrollo, generalmente antes de los 12 años. En un principio el menor presenta conductas negativistas, de terquedad opositora, a continuación el comportamiento se torna desafiante y en el último nivel se progresa hacia conductas de enfrentamiento a la autoridad (absentismo escolar, incumplimiento de horarios domésticos, fugas).

La *agresividad proactiva* se trata de un subtipo de agresividad instrumental, de acuerdo con la teoría de Bandura del aprendizaje social, según la cual la agresividad es un comportamiento instrumental aprendido que es controlado por el premio o recompensa que se anticipa. Siguiendo el modelo de procesamiento de la información social de Crick y Dodge la agresividad de tipo proactivo se caracteriza por problemas en los tres últimos estadios del procesamiento de información (clarificación de metas, acceso de respuesta y decisión de respuesta), estados que valoran el resultado de la conducta. Así mismo, se correlaciona con una evaluación positiva de las consecuencias del comportamiento agresivo y con rasgos de liderazgo y humor (Dodge et al 1997). Se ha asociado con un nivel mínimo de activación autonómica, pero no existe ninguna evidencia de la relación entre este tipo de agre-

sividad y una tasa cardiaca baja o bajos niveles de conductancia de la piel (Kempes et al 2005).

Por el contrario la *agresividad reactiva o afectiva* es una respuesta defensiva contra una situación percibida como amenaza o provocación, se caracteriza por sentimiento de rabia impulsiva-explósiva, irritabilidad. Se asocia a un descenso de los niveles de metabolitos de la serotonina en el LCR, a incremento de la actividad de la amígdala la cual se halla potencialmente ante un menor control frontal (Blair 2008). Este mismo tipo de agresividad se ha hallado en modelos experimentales animales mediante la estimulación del hipotálamo ventromedial (Rappaport y Thomas, 2004) De acuerdo con el modelo de procesamiento de la información social de Crick y Dodge la agresividad de tipo reactivo se caracteriza específicamente por problemas en los dos primeros estadios del procesamiento de información (codificación e interpretación de señales) lo cual les determina una tendencia a prejuicios atribucionales de hostilidad y además se correlaciona con rechazo de iguales y experiencias precoces negativas (Dodge y Coie 1987, Kempes et al 2005, Dodge et al 1997). Según Dodge y su equipo, es el error o prejuicio al interpretar una situación como amenaza, lo cual lleva al menor a sentir internamente rabia, lo que le empujaría a tomar represalias agresivamente (Dodge y Coie 1987, Dodge et al 1997). Estos autores concluyen, en base a sus investigaciones en niños con conductas agresivas en comparación con menores con patrones de reacción adecuados, que los niños con agresividad reactiva tienen un patrón de conducta que se podría subdividir en los siguientes componentes: (1) estos menores exhiben déficit relativos a la hora de interpretar intenciones benignas de los demás, (2) no exhiben déficit al interpretar adecuadamente intenciones hostiles, (3) sus errores de interpretación son debidos a su tendencia a presuponer hostilidad, interpretan el comportamiento de otros como hostil cuando no es necesariamente el caso, (4) cuando se ven ante provocaciones ambiguas ellos las interpretan mediante atribuciones hostiles, (5) cuando generan respuestas conductuales ante estas provocaciones ambiguas estas son del tipo de represalias agresivas.

También parece que estos dos subtipos de agresividad se deben a diferentes etiologías: se hipotetiza que una historia de hostilidad y maltrato está implicada en la génesis de la agresividad reactiva (rabia); y por otra parte una historia de exposición satisfactoria a modelos agresivos y experiencias positivamente reforzadas con comportamientos coercitivos se piensa estén implicados en el comportamiento agresivo proactivo (Dodge y Coie 1987); además estos autores hallan un inicio más precoz de las conductas disruptivas en los niños con agresividad reactiva, así como una mayor comorbilidad con déficits atencionales (Dodge et al 1997).

Esta diferenciación entre agresividad proactiva y reactiva tiene especial trascendencia para la clínica y tratamiento de estos pacientes. En general son los menores con agresividad del tipo afectivo los que generalmente precisan de atención en los dispositivos de salud mental, así mismo son más proclives a presentar síntomas psicóticos, descontrol de impulsos y alteraciones del estado de ánimo (Rappaport y Thomas, 2004).

Masi y colaboradores (2008) estudian 198 niños y adolescentes con TC, su evolución y respuesta al tratamiento habitual según el tipo de agresividad (predatoria o proactiva vs afectiva o reactiva). Hallan cómo los no respondedores recibieron menos frecuentemente intervención psicosocial, presentaban sintomatología más grave al inicio, agresividad física y verbal más severa con menor índice agresividad afectiva/predatoria y mayor tasa de abuso de sustancias.

Connor et al (2003) estudian las diferencias entre agresividad proactiva y reactiva en una muestra clínica numerosa (323 casos) de niños y adolescentes. Diferencian los dos tipos de agresividad mediante la escala «Proactive/Reactive Agresión Scale». Se correlacionó con agresividad preactiva en ambos sexos el consumo de sustancias psicoactivas, hostilidad expresada, y la experiencia previa de fallos en los cuidados parentales. Las conductas hiperactivas e impulsivas se correlacionaron con agresividad reactiva en varones. Y experiencias traumáticas precoces y un bajo coeficiente de inteligencia verbal se correlacionó con agresividad preactiva en mujeres.

Se han desarrollado instrumentos específicos para la diferenciación de estos dos subtipos de agresividad. Mathias et al (2007) adaptaron la escala IPAS (*Impulsive/Premeditated Aggression Scale*, cuestionario de 26 items autoaplicado en el que se valora la conducta de los seis meses previos) a población adolescente. Vieron cómo se constataban estables los dos factores de agresividad con buena consistencia interna, siendo la agresividad impulsiva la que se asociaba con un mayor abanico de problemas de personalidad, emocionales, de pensamiento y sociales.

Otra diferenciación que se ha visto de interés ha sido la de valorar la presencia o no de rasgos de crueldad-impasibilidad (*Callous-unemotional traits*), lo cual se acerca aún más a la valoración de psicopatía, según el concepto utilizado en la clínica del adulto.

En general, la psicopatía se caracteriza por rasgos de personalidad como dominancia, crueldad, falta de emociones, y ausencia de sentimiento de culpabilidad. La violencia o agresividad que suelen desarrollar este tipo de sujetos es instrumental, no emocional, no impulsiva, proactiva (Kempes et al, 2005).

Estos rasgos se asemejan a la conceptualización del adolescente con personalidad antisocial, quien expresa agresividad típicamente sin investimento ni correlato afectivo, y también al T. narcisista de personalidad en cuanto a los aspectos de búsqueda de sensaciones, supervaloración de uno mismo y falta de empatía (Kernberg et al 2000).

Autores como Frick y su equipo postulan por una subtipificación del grupo de TC de inicio en la infancia en dos subgrupos, de acuerdo a la presencia o no de rasgos de crueldad-impasibilidad. De este modo se acerca de nuevo al concepto de TC en niños no socializados que se manejaba en el DSM-III con la pretensión de destacar los rasgos psicopáticos que se hallaban tras los problemas de conducta. Y serían los TC de inicio precoz acompañados de rasgos de crueldad-impasibilidad los que presentarían los pacientes más graves.

Pero las investigaciones de autores como Frick y Ellis (1999), entre otros, ha hallado cómo el

tipo de agresividad que presentan los menores con TC de inicio precoz con rasgos de crueldad-impasibilidad no es solamente del tipo proactivo como se podría presuponer y defiende el concepto de psicopatía, sino que también presentan agresividad reactiva. Además se asocia a una menor actividad de amígdala y una disfunción del funcionamiento del córtex prefrontal ventromedial (Blair 2008).

En la Tabla 2 destacamos los rasgos de ambos subtipos de TC de inicio precoz para varones, el cual Frick y colaboradores equiparan al de inicio en adolescencia para mujeres puesto que consideran que éstas representan un grupo semejante al de los varones de inicio en la infancia, pero con un inicio diferido.

Tabla 2. Subtipos de TC de inicio precoz (Frick y Ellis 1999)

TC DE INICIO PRECOZ (TC en mujeres: «inicio diferido»)	
Principalmente impulsivo	Rasgos de crueldad-impasibilidad
<ul style="list-style-type: none"> • Alta comorbilidad con TDAH • Comportamientos antisociales de una clase (especializados) • Agresividad reactiva • Alta comorbilidad con T. ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta comorbilidad con TDAH • Comportamientos antisociales de varios tipos (versatilidad) • Agresividad reactiva e instrumental

De acuerdo a las investigaciones de Frick y su equipo estos autores proponen la siguiente subtificación de los TC en niños y adolescentes

en los que señalan las características clínicas diferenciadoras y potenciales mecanismos causales (Tabla 3).

Tabla 3. Subtipos de TC en niños y adolescentes (Frick 2001)

Subtipos de desarrollo TC	Características clínicas	Potenciales mecanismos causales
Inicio en la adolescencia	Rebelde, rechaza jerarquías de estatus sociales tradicionales, asociación con pares transgresores.	Exageración del normal desarrollo de la identidad en la adolescencia que le lleva a un incremento de los conflicto con figuras de autoridad.
Inicio en la infancia, primariamente impulsivo	Tasas altas de TDAH, altos niveles de reactividad emocional, baja inteligencia verbal, altos niveles de disfunción familiar.	Múltiples vías causales que llevan a déficits en la inhibición de respuesta y susceptibilidad a la ira que convierten al niño en más proclive para actuar sin pensar en las consecuencias frecuentemente en el contexto de una alta carga emocional.
Inicio en la infancia, tipo crueldad-impasibilidad	Tendencia a la búsqueda de actividades de riesgo (poco temeroso), menos sensible a consecuencias de castigo que a recompensas, menos reactivo a estímulos emocionales negativos.	Temperamento caracterizado por baja inhibición conductual que puede interferir en el desarrollo de los componentes afectivos de la conciencia y la internalización de las normas parentales y sociales.

Estos subtipos, a nuestro modo de entender, tienen un paralelismo con los trastornos de personalidad del niño y el adolescente. Podríamos considerar que el concepto de TC de inicio en la infancia primariamente impulsivo es semejante al de T. de personalidad límite y el subtipo con rasgos de crueldad-impasibilidad al T. de personalidad antisocial-narcisista, según el planteamiento teórico de P. Kernberg (Kernberg et al 2000).

Esta subtipificación de Frick lleva incluida una propuesta diferenciada de tratamientos que comentaremos en el apartado dedicado a ello.

El aporte de estos autores es muy interesante y alentador, aunque aún se precisan más investigaciones en este campo de la subtipificación de los TC, puesto que solamente conociendo en profundidad la naturaleza de estos sujetos es como se podrán llegar a diseñar estrategias terapéuticas que sean cada vez más eficaces para solventar sus síntomas y dificultades.

1.2.5. Comorbilidad

Dada la heterogeneidad de estos trastornos, como hemos comentado anteriormente, en el que los síntomas se solapan con otros diagnósticos, va a resultar en ocasiones muy difícil la distinción entre TC puro y TC comórbido.

Incluso, como ya hemos señalado, según sea la conceptualización de la clasificación utilizada (CIE-10 o DSM-IV-TR), se procederá a destacar más trastornos comórbidos o no. El DSM-IV-TR se caracteriza por excluir pocos trastornos comórbidos en el caso del T. disocial, únicamente lo hace para el T. antisocial de la personalidad. En el caso del T. negativista desafiante (T. disocial desafiante y opositor según CIE) este diagnóstico excluye la presencia de T. disocial, T. antisocial de la personalidad, o que aparezca exclusivamente en relación a un trastorno psicótico o del estado del ánimo. Sin embargo,

la clasificación de la OMS, CIE-10, es bastante más restrictiva, así el diagnóstico de TD excluye otros: T. de las emociones de inicio en la infancia (fundamentalmente patología ansiosa característica de esta etapa), T. hiperquinéticos, T. del humor o afectivos (si se dan junto con TD habrá que proceder al diagnóstico de TD y de las emociones mixtos), Trastornos generalizados del desarrollo y Esquizofrenia. De este modo será el DSM la clasificación que más va a favorecer considerar un diagnóstico de comorbilidad en este tipo de pacientes.

Las entidades clínicas que más frecuente cursan de modo comórbido (de acuerdo con investigaciones basadas en el DSM-IV) son: el TDAH (diez veces más frecuente), depresión mayor (siete veces más frecuente), y trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (cuatro veces más frecuente en adolescentes) (Rey et al 2007). Otros autores, como Paulina Kernberg (Kernberg et al 2000), quienes han trabajado e investigado en los aspectos de la organización de la personalidad en el niño y el adolescente, destacan una nueva entidad comórbida: el Trastorno de personalidad, especialmente el T. límite o borderline. En este sentido estos autores opinan que habrá que sospechar (o descartar) la presencia de una organización límite de la personalidad en pacientes que padecen en el eje I (eje clínico de las clasificaciones) TDAH, Trastorno de conducta, y también en casos de Trastorno de ansiedad de separación, T. de ansiedad excesiva, T. esquizoide, Mutismo selectivo, problemas de identidad, T. disociativos, T. de la conducta alimentaria y algunos T. del desarrollo (T. de la lectura, de la aritmética o del desarrollo del lenguaje).

En cuanto a la patología comórbida es importante mencionar de nuevo el estudio de Connor et al (2007) que hemos descrito en páginas previas. De un modo más gráfico señalamos sus resultados en la siguiente tabla.

Tabla 4. Comorbilidad de los TC (Connor et al 2007)

COMORBILIDAD	TC inicio en infancia	TC inicio adolescencia
TDAH	98%	6%
T. ansiedad (no TEPT)	80%	38%
Depresión Mayor	43%	54%
T. Bipolar	23%	31%
TEPT	5%	31%
Abuso alcohol	3%	54%
Abuso drogas	8%	54%

Estos autores también destacan cómo en la mayoría de los casos los TC se piensa que preceden a los problemas de ansiedad y al desarrollo de los T. de ansiedad. La ocurrencia comórbida de T. ansiedad y TC parece ser más característica de chicas. Los efectos de la comorbilidad de estos T. de ansiedad en la severidad del TC aún no están claros. Hay estudios que postulan por un efecto minimizador de la gravedad del TC por parte de los T. ansiedad, sin embargo en otros la presencia de ansiedad se ha visto como causante de un agravamiento de las conductas disruptivas. Parece importante en estos casos distinguir entre dos aspectos clínicos: el miedo, que disminuye los problemas de conducta, de la ansiedad que puede ser una consecuencia de los problemas conductuales del menor y del estrés subsecuente.

También Connor et al (2007) destacan la alta comorbilidad que habitualmente se asocia en-

tre TC y depresión, y en una menor medida, T. bipolar. En general tanto la depresión como el T. bipolar suelen preceder al desarrollo del TC. Añaden que todavía está pendiente de valorar si los TC que cursan con depresión mayor o T. bipolar representan un subtipo diferente de T. afectivo de inicio precoz que poseerían una historia familiar, curso, pronóstico y tratamiento diferentes.

Respecto a la relación entre TEPT y TC que estos investigadores hallan para el grupo de adolescentes, como otros autores también han encontrado, hipotetizan que el mecanismo subyacente a esta asociación puede ser por el incremento de la agresividad, hostilidad y activación que es característico de los individuos traumatizados lo cual les llevaría a expresar comportamientos disruptivos o también por el hecho de que el estilo de vida de los menores con TC les lleva a tener más probabilidades de ser traumatizados.

2. OBJETIVOS

Los objetivos de esta investigación son los siguientes:

1. Conocer la demanda de atención sanitaria directamente relacionada con los Trastornos de Conducta en la adolescencia en la red pública de la CAV.
2. Analizar las técnicas y esquemas organizativos empleados en la red de Salud Mental de Osakidetza-servicio vasco de salud y en otros dispositivos sanitarios nacionales e internacionales para atender dichos trastornos.
3. Revisar la literatura nacional e internacional referente a este tema.
4. Elaborar propuestas sobre atención a trastornos de conducta en la adolescencia para su eventual puesta en marcha en la CAV con el fin de mejorar la atención actual.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. RECOGIDA DE DATOS SOBRE LA DEMANDA DE ATENCIÓN DE ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA CAV

3.1.1. Obtención de datos de los registros sanitarios disponibles en la red de Salud Mental de la CAV

No existen datos epidemiológicos en nuestro entorno sobre la prevalencia de los TC en la adolescencia. Con este estudio planteamos conocer, en primer lugar, la demanda asistencial que generan a los dispositivos asistenciales públicos, lo cual aportará el dato de la prevalencia en dicha muestra clínica.

Solicitamos a la autoridad sanitaria los datos disponibles en el registro de casos de la CAV, para realizar un análisis de las patologías que presentan (diagnóstico principal), así como de la atención que se les presta (carga asistencial: número de consultas anuales o n.º de ingresos) a los adolescentes de 13 a 17 años con Trastornos de Conducta en las diferentes unidades hospitalarias y extrahospitalarias de nuestra red. Los datos recogidos incluyeron el total de la asistencia durante el año 2007.

Dado que la meta de esta investigación es detectar los casos que presentan alteraciones de conducta (AC) en la adolescencia para estudiarlos y posteriormente diseñar un modo específico de intervención coordinada, decidimos seleccionar de los registros estadísticos todos aquellos casos que hubieran sido diagnosticados de alguna entidad clínica que incluyera AC como síntoma. Por ello, fueron varios los diagnósticos clínicos que recogimos, como se describe en la siguiente tabla. Se exponen de acuerdo a las clasificaciones internacionales que se utilizan: DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4.ª edición, texto revisado, de la Asociación Americana de Psiquiatría) o CIE-10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud) las cuales son equivalentes en bastantes de las categorías. En el caso de uno de los centros, la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Álava, la clasificación internacional que utilizan es la CFTMEA (Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente de R. Mises), para la cual existe una equivalencia entre dicha clasificación y la CIE-10 la cual se ha utilizado en este estudio (Tabla 5).

Tabla 5. Entidades clínicas incluidas en la recogida de casos

DIAGNOSTICO	DSM-IV-TR	CIE-10	CFTMEA
T. adaptativo con trastorno de comportamiento	309.3	F43.24	4.01
T. adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento	309.4	F43.25	4.01
T. antisocial de la personalidad	301.7	F60.2	3.02
T. explosivo intermitente	312.34	F63.8	8.10
T. control de los impulsos no especificado	312.30	F63.9	8.10
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado/ no especificado (TDAH)	314.01 314.9	F90	6.08
T. negativista desafiante	313.81	F91.3	9.02
T. disocial	312	F91	8.10
T. comportamiento perturbador no especificado	312.9	F91.9	8.10/ 9.06
T. disociales y de las emociones mixtos		F92	8.10/ 3.00
Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia	V71.02	Z72.8	8.10/ 8.12

3.1.2. Obtención de los datos de una muestra de centros asistenciales de la CAV

Para disponer de datos paralelos de mayor calidad y fiabilidad que nos aportasen una impresión cualificada de la situación real de nuestra red, complementamos los datos recogidos en los registros sanitarios, con un examen detallado de la demanda de estos pacientes en los dispositivos de los diferentes miembros del equipo investigador que trabajan en la red de esta comunidad autónoma. De este modo se llegaba a cubrir en una gran extensión a los casos de Gipuzkoa y la amplia mayoría de Álava. Y a fin de incrementar la muestra analizada en Bizkaia (provincia con más población) se incorporó en el análisis otros dos centros que presentan una alta demanda asistencial. Estos profesionales, psiquiatras, psicólogos clínicos y trabajadores sociales, han jugado un papel fundamental en esta parte del proyecto, al ocupar lugares clave en la red sanitaria, cubriendo prácticamente todo el abanico de recursos de la red de Salud Mental relacionados con la atención diaria a los Trastornos de Conducta en la adolescencia.

Finalmente los centros en los que se recogió la muestra de pacientes fueron: en Bizkaia los Centros de Salud Mental Infanto-Juveniles de Ajuriaguerra, Herribitarte y Uribe- Kosta así como la Consulta externa de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital de Cruces y la Unidad de hospitalización infanto-juvenil del Hospital de Basurto; en Gipuzkoa el Equipo de Psiquiatría Infanto-Juvenil (EPI) y la Unidad de hospitalización infanto-juvenil del Hospital de Donostia; y en Álava la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil (UPI). Se revisaron todos los casos de pacientes de 13 a 17 años que hubieran precisado atención en dichos dispositivos a lo largo del año 2007 por cualquier tipo de patología, revisión realizada mediante la historia clínica y entrevista directa con los profesionales responsables de cada paciente. Del total de estos pacientes se detectaron aquellos casos que habían sido atendidos por presentar alteración de conducta, bien como motivo de demanda de asistencia o a lo largo del proce-

so terapéutico, independientemente que se diagnosticara o no un Trastorno de conducta específico, pero en los que el síntoma diana y el foco de la intervención terapéutica fuera la conducta disruptiva.

Denominamos Alteración de conducta (AC) a los comportamientos agresivos, tanto verbales como físicos, hostiles o desafiantes, reiterados y desadaptativos.

Por lo tanto, recogimos en la detección de casos específicos a todos aquellos adolescentes de 13-17 años que hubieran precisado atención en los equipos de Salud Mental referidos a lo largo del año 2007 por presentar AC.

3.2. RECOGIDA DE INFORMACION SOBRE ESQUEMAS ORGANIZATIVOS

3.2.1. Recogida de información de las modalidades asistenciales, protocolos y programas específicos utilizados en la atención a los Trastornos de Conducta en la adolescencia en la CAV

Se llevó a cabo una visita a cada centro colaborador en este proyecto para realizar una entrevista personal con cada profesional con el objetivo de evaluar cómo es el recorrido estándar de un paciente adolescente con Trastornos de Conducta en nuestra red y las diferentes modalidades asistenciales empleadas para estos pacientes en el País Vasco.

Para facilitar la recogida de información se elaboró una entrevista semiestructurada en la que se hacían preguntas referentes a los materiales y herramientas utilizados para la detección y diagnóstico de los Trastornos de Conducta o Alteraciones de Conducta en el adolescente, la comorbilidad o etiopatogenia de su sintomatología disruptiva, tratamientos desarrollados, abordajes específicos, protocolos, técnicas o esquemas organizativos empleados en su abordaje, derivación a otras unidades de tratamiento, coordinación con otros dispositivos asistenciales y dificultades generales en el tratamiento de este tipo de pacientes.

3.2.2. Recogida de información de programas específicos del entorno nacional e internacional, dedicados a la atención de los Trastornos de Conducta en la adolescencia

Gracias a la revisión bibliográfica y a las sugerencias de todo el equipo investigador se procedió a indagar sobre este tipo de dispositivos tanto a nivel nacional como internacional para de este modo ampliar el conocimiento del tema y poder contemplar la experiencia en otros entornos de cara a la propuesta final de intervención con la que finaliza esta investigación.

Por lo tanto, la información que se incluye en este respecto se basa en datos publicados en la literatura nacional e internacional así como en contactos directos con los profesionales de algunos de estos equipos asistenciales.

3.3. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA CIENTÍFICA

3.3.1. Estrategia de búsqueda

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura con el objetivo de localizar artículos y documentos sobre los programas, servicios o modelos organizativos nacionales e internacionales efectivos en el abordaje de los adolescentes con Trastornos de Conducta y recomendaciones terapéuticas efectivas para esta patología.

Para ello se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos Medline, Embase y PsycInfo a través de la herramienta *on line* Ovid. Asimismo se realizó una búsqueda en el Cochrane Central Register of Controlled Trials (CRCT) y se rastrearon las revisiones sistemáticas y metaanálisis de Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) y su versión en castellano (Cochrane Library Plus). También se estudiaron los documentos producidos por el National Institute of Clinical Excellence (NICE) británico, el Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) de Francia y por instituciones de reconocido prestigio en el campo de la atención infanto-juvenil en salud mental, como la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry de EE.UU. y su equivalente canadiense la Canadian Academy of

Child and Adolescent Psychiatry. Finalmente, se han utilizado buscadores como Google, Google Scholar y Google Books.

La búsqueda se cerró el 31 de Julio de 2009.

La elección de estas fuentes se debió a sus diferentes características que podían hacerlas complementarias a la hora de responder adecuadamente a la pregunta de investigación planteada (¿cuáles son las opciones terapéuticas eficaces para los trastornos de conducta en la adolescencia?). MEDLINE esta sesgada hacia la recogida de artículos en inglés, publicados predominantemente en Norteamérica y médicos; EMBASE recoge en mayor número referencias de artículos en otros idiomas y con un origen geográficamente más amplio; PsycINFO recopila referencias sobre psicoterapia de forma más exhaustiva.

La estrategia de búsqueda en este tema se enfrenta a dificultades específicas debido al hecho de que el término «Trastorno de Conducta» es un término paraguas que engloba un gran número de cuadros clínicos con entidades muy diferentes, desde pequeñas agrupaciones de síntomas hasta trastornos muy bien definidos. Persiguiendo la exhaustividad utilizamos en la búsqueda los siguientes términos en las distintas bases de datos:

Agresión / Aggressive Behavior / Antisocial Behavior / Antisocial Personality Disorder / Behavior Disorder / Callous-unemotional Traits / Conduct Disorder / Criminal Behavior / Oppositional and Defiant Disorder / Sociopathy / Violence.

A través de una herramienta informática de gestión de referencias bibliográficas (Reference Manager) eliminamos los duplicados encontrados en las búsquedas.

La búsqueda abarca el periodo comprendido entre 1966 (en el caso de EMBASE sólo existe acceso informático a referencias desde el año 1974) y el 31 de julio de 2009.

Por último, se rastrearon las referencias bibliográficas de los artículos que cumplieron los criterios de inclusión en busca de ECA, revisiones sistemáticas, meta-análisis o documentos en general relacionados con el tema de investigación que pudieran no haber sido detectados con los criterios de búsqueda anteriores.

3.3.2. Resultados de la búsqueda

Se obtuvieron de esa forma tres mil referencias que cumplían con los criterios iniciales de búsqueda. Tras revisar todos los artículos encontrados en la búsqueda, se hizo una selección siguiendo los criterios señalados en el apartado criterios de inclusión. Se seleccionaron finalmente 142 artículos.

3.3.3. Método de revisión

Para seleccionar los artículos que fueron incluidos en la revisión se revisaron los títulos y todos los resúmenes de las referencias encontradas y, en caso de duda, se consultó el propio artículo.

3.3.4. Criterios de inclusión

Se incluyeron en la revisión los artículos que describieran explícitamente un abordaje terapéutico determinado, de naturaleza biológica o psicosocial, dirigido a la patología foco del estudio. Se incluían tanto las intervenciones individuales como grupales, familiares o en la red social más amplia del individuo, y tanto las desarrolladas ambulatoriamente como aquellas puestas en práctica en hospitales de día, comunidades terapéuticas, salas de hospitalización u otros dispositivos. Se prestó especial interés a todas las publicaciones que recogían ensayos controlados aleatorizados, revisiones sistemáticas y meta-análisis que evaluaban la efectividad de una propuesta terapéutica determinada. Se buscó especialmente propuestas que detallaran un modelo organizativo de abordaje de estos cuadros clínicos. También se prestó un interés suplementario a aquellas publicaciones de los diez últimos años, que considerábamos que podían reflejar el «estado del arte» en el tema del estudio más correctamente.

Las propuestas terapéuticas que se han dirigido a los cuadros objeto de este estudio tienden a combinar intervenciones biológicas (farmacológicas, en general) y psicosociales. Ello convierte a las psicoterapias en protagonistas de muchos de los artículos examinados. La metodología de Ensayo Clínico Randomizado (ECR) aplicada a la psicoterapia presenta enormes dificultades debido a la naturaleza del tratamiento. Si

consideramos que el ECR se asienta sobre tres pilares: uso del placebo o grupo control, asignación al azar y doble ciego, podemos señalar que en el caso de los ensayos aplicados a las psicoterapias, dos de estos tres pilares presentan dificultades, en un caso insalvables. El doble ciego es en psicoterapia, al igual que en otras intervenciones de salud, sencillamente imposible, al menos en su versión extrema aplicada en los ensayos farmacológicos. El uso del placebo presenta en sí mismo grandes dificultades, pues no está claro qué intervención neutra, comparable en varios aspectos a la psicoterapia pudiera ser adecuada. Tampoco el grupo control se establece con facilidad. En general se opta por sortear estas dificultades con ingenio, convirtiendo en ciego a quien analiza los datos, por ejemplo y tomando como grupo control lo que se denomina «treatment as usual» o tratamiento estándar recibido por esos pacientes en el entorno de que se trate. Son opciones interesantes pero que no permiten equiparar exactamente la metodología del ECR en psicoterapia con el ECR en farmacología.

Es por ello que en una revisión sistemática de la literatura sobre abordajes a los TC, no es suficiente con los pocos trabajos que se acercan a los criterios típicos del ECR tradicional, sino que deberemos también prestar atención a estudios con evidencias de «menor» calidad, pero que aportan una enorme riqueza.

3.3.5. Criterios de exclusión

Se excluyeron todas las referencias que no cumplieran los criterios de inclusión y específicamente aquellas que no recogían propuestas terapéuticas definidas y suficientemente detalladas.

Específicamente, excluimos de la revisión aquellos trabajos que se focalizan en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), muy numerosos, pero que, en nuestro criterio, representan problemáticas clínicas no del todo superponibles.

El idioma en el que el artículo estaba publicado no fue un criterio de exclusión, aceptando cualquier trabajo en castellano, inglés, francés o alemán.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La descripción de los resultados la haremos siguiendo el esquema de los objetivos de esta investigación:

1. Conocer la demanda de atención sanitaria directamente relacionada con los Trastornos de Conducta en la adolescencia en la red pública de la CAV.
2. Analizar las técnicas y esquemas organizativos empleados en la red de Salud Mental de Osakidetza-servicio vasco de salud y en otras organizaciones sanitarias nacionales e internacionales para atender dichos trastornos.
3. Revisión sistemática de la literatura nacional e internacional sobre el tema.

4.1. DEMANDA DE ATENCIÓN SANITARIA DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA ADOLESCENCIA EN LA RED DE OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD

El primer objetivo de esta investigación es conocer la demanda de asistencia en Salud Mental que los Trastornos de conducta en la adolescencia están generando en la CAV a Osakidetza-Servicio vasco de salud. Para ello se llevó a cabo una labor de análisis de los datos de los registros estadísticos existentes, tanto a nivel intra como extrahospitalario, como ya se ha explicado en el apartado de Material y Métodos.

4.1.1. Demanda de atención sanitaria en Salud Mental Extrahospitalaria

La red de Salud Mental Extrahospitalaria del País Vasco atendió en el año 2007, de acuerdo a los registros estadísticos, a un total de 2.480 pacientes de edad comprendida entre 13 y 17 años. La distribución por provincias fue la siguiente: Bizkaia 1.494 casos, Gipuzkoa 660 y Álava 326.

Del total de estos 2.480 adolescentes en los registros de datos se hallaron 464 casos (259 en Bizkaia, 96 en Gipuzkoa y 110 en Álava) que presentaban alguna de las patologías referidas en la Tabla 5 (Material y Métodos), por lo tanto pacientes que presentaban AC. Estos datos los detallamos más extensamente en la siguiente tabla:

Tabla 6. Pacientes atendidos en Osakidetza (2007)

	Pacientes 13-17 años	13-17 años con AC	% pacientes con AC	%pacientes sin diagnóstico
BIZKAIA	1.494	259	17,34%	25,30%
GIPUZKOA	660	96	14,54%	21,67%
ÁLAVA	326	110	33,74%	11,35%
TOTAL	2.480	465		

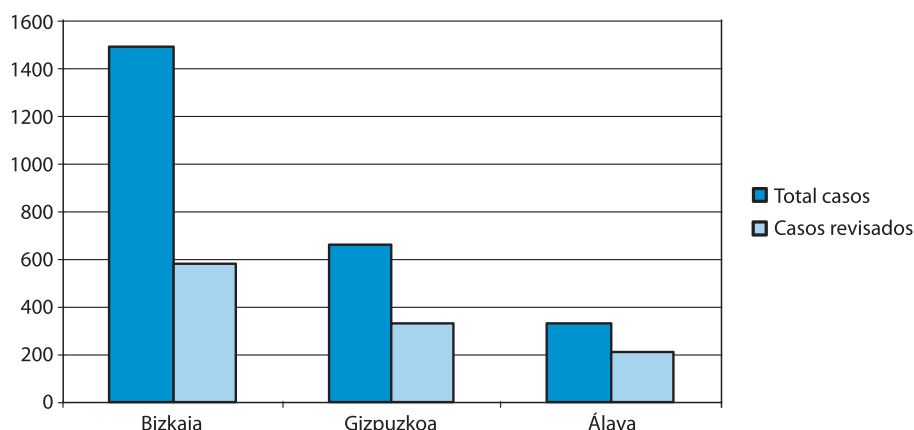
De estos datos podemos hacer algunos comentarios que nos parecen ya relevantes:

- La diferencia de detección de pacientes con AC según las provincias: Bizkaia y Gipuzkoa detectan tasas inferiores, a la vez que presentan un índice superior de casos no diagnosticados utilizando la clasificación de la OMS, lo contrario para Álava que tiene una mayor detección de casos, mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico y éste de acuerdo a la clasificación francesa.
- La necesidad de conocer claramente la prevalencia real de este tipo de patologías dada la gran diversidad del dato: variación entre el 14,54% de Gipuzkoa y el 33,74% de Álava. Si bien es verdad que el dato de Álava se halla más acorde con lo publicado en la literatura,

en la que se plantea que los problemas de conducta representan entre un tercio y la mitad de las demandas de asistencia en Salud Mental (Bassarath 2001; Gustle et al 2007; Obsuth et al 2006, Peterson y Sheldon 2006, Tcheremissine et al 2004; entre otros).

Para este análisis más específico de la muestra se llevaron a cabo visitas a diferentes centros de la red de Salud Mental de Osakidetza, como hemos comentado en el apartado de Material y Métodos. Finalmente el cómputo de *casos revisados* fueron 581 en Bizkaia, 330 en Gipuzkoa y 211 en Álava, lo que supone el 38,8% del total de los casos de Bizkaia, el 50% de Gipuzkoa y el 64,72% de Álava (Gráfico 1). Todo ello da lugar al estudio directo de 1.122 historias sobre el total de 2.480 posibles, es decir, un 45,24%.

Gráfico 1. Muestra de casos revisados por provincias



De los casos analizados en cada centro, y para una mayor comprensión clínica del tipo de patología que presentan los pacientes con AC y en qué momento del proceso asistencial se detecta dicha AC, se han dividido los pacientes en cuatro categorías:

1. *AC reflejada sólo en Motivo de Consulta:* La alteración únicamente es considerada como Motivo de Consulta, recogiéndose un diagnóstico psiquiátrico final que engloba dicho comportamiento como síntoma o patología secundaria (ej: T. personalidad).
2. *AC en Motivo de Consulta y Diagnóstico:* Además de acudir por A.C el profesional considera también diagnosticarlo como tal (ej: T. disocial).
3. *AC sólo en Diagnóstico:* El paciente es diagnosticado de algún trastorno dentro del rango de las A.C, aunque el motivo de consulta fue por otra problemática (ej: T. disocial que acudió a consulta tras intento autolítico).
4. *AC durante el Tratamiento:* El paciente no acude por AC ni es diagnosticado de una patología que pudiera englobarlo como síntoma, no obstante, en algún momento durante el periodo de tratamiento presenta episodios de alteración de conducta que requieren de intervención terapéutica específica.

Se recogieron así mismo otras variables: sexo, edad, carga asistencial generada y el diagnóstico referido por cada profesional responsable de los pacientes objeto de estudio.

A continuación pasamos de describir los resultados en las tres provincias.

Como hemos mencionado en Bizkaia, se revisaron un total de 581 *historias clínicas* de pacientes junto con los profesionales de referencia. De estos sujetos 169 presentaban alguna alteración de conducta, lo cual representa el 29,09% (recordar que en el registro oficial se constataba un 17,34%).

En Gipuzkoa se revisaron un total de 330 casos, de los cuales presentaban alteraciones de conducta 83 (25,15% del total; en el registro oficial se detectaba un 14,54%).

Y en Álava se revisaron un total de 211 *historias clínicas* de pacientes, de los cuales 85 presentaban alguna *alteración de conducta*, lo cual representa el 40,28% (en el registro oficial se recogía un 33,74%).

Vemos cómo al pasar a valorar los casos directamente con el profesional que los trata se ha llegado a incrementar la tasa de casos con diagnóstico de AC, acercándonos ya a las tasas generales mencionadas en la literatura. Cabe por tanto pensar, que en el grupo de pacientes que no habían recibido ningún diagnóstico (como así estaba recogido en los registros oficiales) había un alto porcentaje de sujetos con alteraciones de conducta.

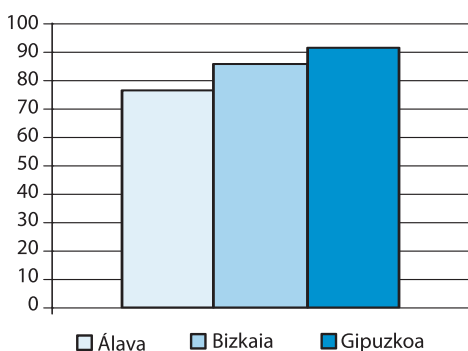
En la Tabla 7 se describe la distribución de los pacientes que presentaron AC en las tres provincias en función del momento en que se señala ésta a lo largo del proceso asistencial, lo cual también refleja qué tipo de patologías son las que están provocando estos síntomas conductuales.

Tabla 7. Distribución de adolescentes atendidos por alteraciones de conducta

	Detección de ALTERACION de CONDUCTA				TOTAL
	Motivo consulta	M. Consulta y Diagnóstico	Sólo Diagnóstico	Durante Tratamiento	
BIZKAIA	115	30	9	15	169
% de provincia	68,05%	17,75%	5,32%	8,88%	100,0%
	85,80%				
GIPUZKOA	51	25	4	3	83
% de provincia	61,45%	30,12%	4,82%	3,61%	100,0%
	91,57%				
ÁLAVA	20	45	20	0	85
% de provincia	23,53%	52,94%	23,53%	0%	100,0%
	76,47%				

Como podemos observar la mayoría de los pacientes se señala la AC bien ya en el motivo de consulta o en el motivo de consulta y diagnóstico. Así, considerando estas dos categorías, por lo tanto a todos aquellos pacientes que presentan A.C. como Motivo de Consulta, vemos cómo quedan englobados la mayoría de los adolescentes: 85,8% en la muestra de Bizkaia y el 91,57% de los casos en Gipuzkoa y el 76,47% de los casos de Álava (Gráfico 2). Por lo tanto, el síntoma conductual ya se evidencia como prioritario en estas patologías desde que se solicita atención en la red de Salud Mental Extrahospitalario (veremos que este dato será aún más grave e intenso en el caso de los pacientes que precisan de ingresos psiquiátricos), y como vemos se trata de una solicitud de intervención terapéutica altamente frecuente. Gráficamente podemos ver más claramente estos datos:

Gráfico 2. % Pacientes con AC como Motivo de consulta



Las dos categorías restantes (AC sólo en el diagnóstico y Durante el tratamiento) vienen a considerarse de orden minoritario como se objetiva en la Tabla 7.

La edad media de los pacientes se refleja en la Tabla 8 (datos de Gipuzkoa y Bizkaia). Como se ve es entorno a los 15 años de media, y semejante en cuanto a la muestra de pacientes que presentan AC y los que no en cada provincia.

Tabla 8. Edad media

	Edad media AC	Edad media no AC
BIZKAIA	15,63	15,44
GIPUZKOA	15,15	15,09

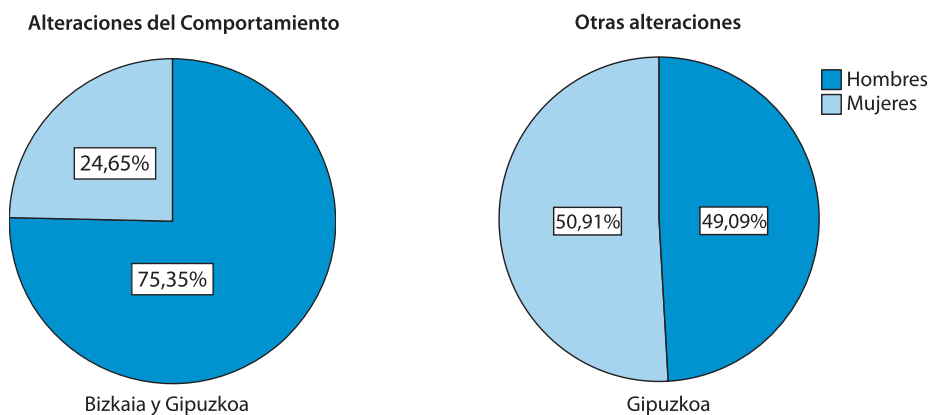
La distribución por sexos (muestra de Gipuzkoa y Bizkaia) resalta la mayor frecuencia de presentación de esta patología en varones, en los cuales es triple que en mujeres.

También, comparando los datos respecto a la distribución por sexos en los pacientes atendidos por otras patologías no AC (datos de Gipuzkoa únicamente) vemos cómo la diferencia es muy relevante: en la muestra de No AC la distribución por sexos es prácticamente equivalente.

Tabla 9. Distribución por sexos

	Pacientes AC		Pacientes no AC	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
BIZKAIA	75,75%	24,25%		
GIPUZKOA	75%	25%	49,10%	50,90%

Gráfico 3. Distribución por sexos



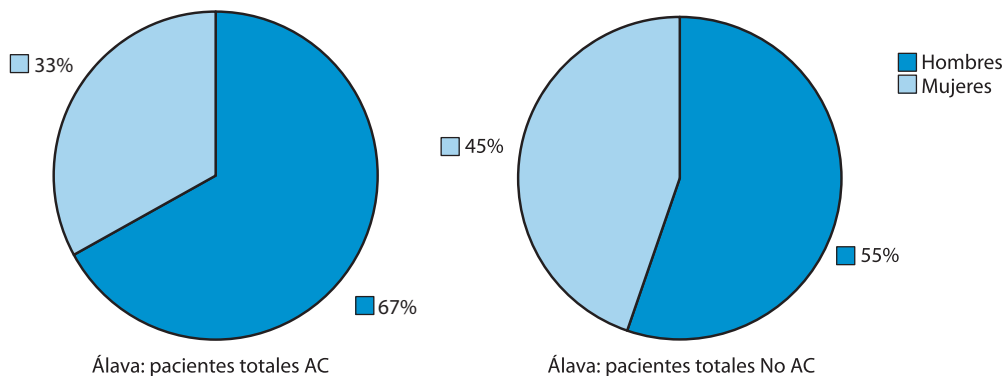
No disponemos de la distribución por *edad* y *sexo* de la muestra analizada en Álava, pero si de los datos generales de los pacientes adolescentes atendidos en Salud Mental Extrahospitalario de Álava en el 2007, el total y aquellos detectados por presentar en los registros estadísticos un diagnóstico que engloba AC. En ambos casos la

edad media es semejante, entorno a los 15 años. Sin embargo la distribución por sexos es diferente, siendo en la muestra de AC más prevalente el sexo masculino (como ocurre en las muestras de Bizkaia y Gipuzkoa, aunque en este caso la diferencia entre sexos es menor: doble y no triple como en las otras dos provincias) (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución edad y sexo muestra total de Álava

Álava:	Pacientes AC: 110		Pacientes no AC: 326	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Total 2007				
13-17 años	74 (67,3%)	36 (32,7%)	180 (55,22%)	146 (44,78%)
	Edad media: 15,08 años		Edad media: 15,28 años	

Gráfico 4. Distribución por sexos muestra total de Álava



Ya señalamos en la introducción de este informe que los adolescentes con alteraciones de conducta son más predominantemente varones (en ellos ocurre 3-4 veces más frecuentemente que en mujeres). Recordando datos epidemiológicos de población general se piensa que afectan al menos al 6-16% de los varones y al 2-9% de las mujeres (DSM-IV-TR; Tcheremissine y Lieving 2006). Por lo que los datos sobre distribución

por sexos de nuestra muestra son compatibles con lo referido en otros estudios.

La *carga asistencial* valorada mediante la *media de consultas anuales* para estos pacientes en los dispositivos extrahospitalarios analizados es de 10,93 en Bizkaia y 11,46 en Gipuzkoa. (Tabla 11). Con este dato constatamos una ligera mayor frecuencia de atención a estos pacientes en la red de Gipuzkoa comparada con la de Bizkaia.

Tabla 11. **Media de consultas anuales de pacientes con AC**

	N.º casos	Media consultas anuales	Desv. Típica
BIZKAIA	169	10,9308	1,14096
GIPUZKOA	83	11,4630	1,11672

Comparando el total de pacientes de ambas provincias atendidos por presentar AC respecto al resto de pacientes, podemos comprobar cómo la carga asistencial que generan es mayor, con

una media de consultas anuales dos puntos superior: 11,1 frente a 9,27 (Tabla 12). Diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.05$ (IC 95%: 1,73-1,94).

Tabla 12. **Comparación de carga asistencial AC vs. No AC**

	Nº casos	Media consultas anuales	Desv. Típica
Pacientes con AC	252	11,1061	1,15825
Resto de pacientes	659	9,2748	0,48444

Esta mayor carga asistencial es un modo indirecto de evidenciar la mayor gravedad de estos pacientes: claramente superior a la media de pacientes atendidos en los dispositivos de Salud Mental Extrahospitalarios. Dato que es importante destacar para resaltar la importancia del tema de este proyecto. Pero también otra reflexión queda directamente evidenciada: 11 consultas anuales de media no corresponden a un tratamiento psicoterapéutico de intensidad suficiente para la mayoría de estos casos. Como comentaremos en el apartado de Revisión de la Literatura Científica, los tratamientos que se recomiendan a estos pacientes son en primer lugar de tipo psicosocial (psicoterapia individual, grupal, con intervención familiar y socio-educativa): terapias intensivas en formato de sesión semanal, lo cual está muy lejos de ser nuestra realidad.

Gracias a la entrevista con cada uno de los profesionales que atendía a estos pacientes que pre-

sentaban AC y los datos estadísticos aportados se pudo analizar el *diagnóstico clínico* de cada caso. Todos estos casos han sido englobados siguiendo la clasificación CIE-10, para lo cual en Bizkaia se procedió a la correlación entre la CIE-9 y la CIE-10, y en Álava de la CFTMEA a la CIE-10.

Respecto a la equivalencia de la CIE-9 y CIE-10, las distintas modalidades del *trastorno del comportamiento* (312.0; 312.1; 312.2; 312.8; 312.9) de la CIE-9 vienen a equipararse con los *trastornos disociales* (F91) de la CIE-10. La *perturbación mixta de comportamiento y emociones* (312.4) de CIE-9 es equiparable con los *trastornos disociales y de las emociones mixtos* (F92) de CIE-10, y el *trastorno oposicional* (313.81) de la novena versión lo es con el *trastorno disocial desafiante y oposicionista* (F91.3) de la décima. También las *reacciones de adaptación con alteración predominante de la conducta o de la conducta y emociones* (309.3 y 309.4) de la novena versión se traducen a los

trastornos de adaptación con predominio de alteraciones disociales o alteración mixta de las emociones y disociales (F43.24 y F43.25) de la CIE-10.

Se decidió incluir únicamente un diagnóstico psiquiátrico por paciente, optando por el de

mayor gravedad en casos de comorbilidad. Diagnóstico psiquiátrico principal a juicio del clínico que atiende al adolescente.

En la Tabla 13 se detallan los diferentes diagnósticos de cada provincia.

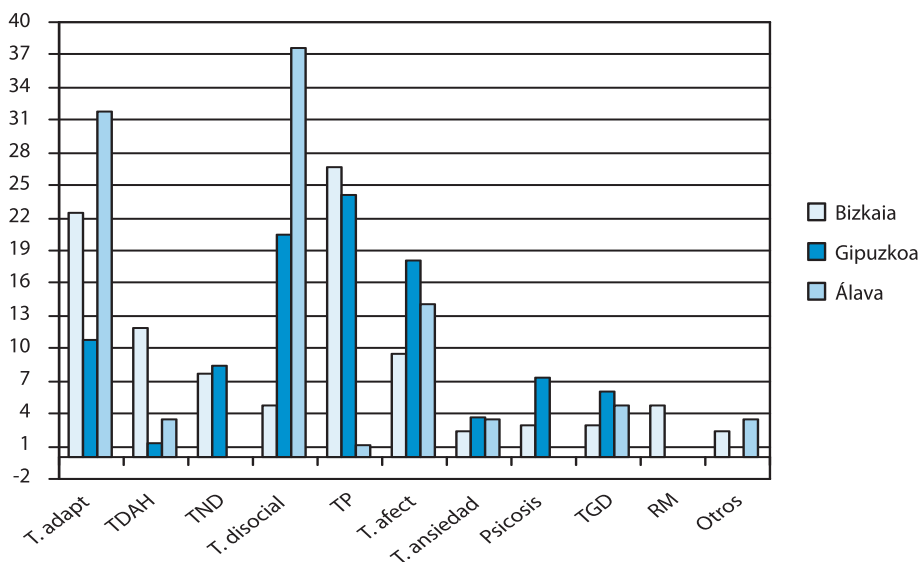
Tabla 13. Diagnósticos de pacientes AC evaluado con profesional de referencia

DIAGNÓSTICO	BIZKAIA	GIPUZKOA	ÁLAVA
T. adaptativo	38 (22,49%)	9 (10,84%)	27 (31,76%)
TDAH	20 (11,83%)	1 (1,20%)	3 (3,53%)
T. disocial desafiante y oposicionista (TND)	13 (7,69%)	7 (8,44%)	32 (37,65%)
T. disocial	8 (4,73%)	17 (20,48%)	
T. Personalidad	45 (26,63%)	20 (24,10%)	1 (1,17%)
T. afectivo	16 (9,47%)	15 (18,07%)	12 (14,12%)
T. ansiedad	4 (2,37%)	3 (3,62%)	3 (3,53%)
Psicosis funcional no afectiva	5 (2,96%)	6 (7,23%)	
T. Generalizado Desarrollo (TGD)	5 (2,96%)	5 (6,02%)	4 (4,70%)
Retraso Mental (RM)	8 (4,73%)		
T. reactivo de la vinculación	1 (0,59%)		
T. Conducta Alimentaria	1 (0,59%)		
Adicción a tóxicos	1 (0,59%)		1 (1,17%)
Rivalidad fraterna	1 (0,59%)		
T. aprendizaje			2 (2,35%)
TOTAL casos	169 (100%)	83 (100%)	85 (100%)

Nota: TND ó T. negativista desafiante. Nomenclatura del T. disocial desafiante y oposicionista según DSM-IV, la cual es más utilizada en la clínica y así lo haremos nosotros en este informe.

De un modo gráfico podemos ver a continuación los diagnósticos de las tres provincias (Gráfico 5).

Gráfico 5. Diagnósticos clínicos



Vemos cómo son varias las entidades clínicas diagnósticas de los pacientes que son atendidos por presentar AC.

De este modo destaca la diferencia en frecuencia, al menos aparente, de entidades diagnósticas que presentaban los pacientes con AC en cada una de las provincias. Vemos que en Bizkaia los diagnósticos más frecuentes son: T. personalidad, T. adaptativo, T. disocial (englobando las dos categorías de T. disocial), TDAH y T. afectivo. En Gipuzkoa los diagnósticos más comunes fueron en orden decreciente: T. disociales, T. personalidad, T. afectivo y T. adaptativo. Y en el caso de Álava: T. disocial, T adaptativo y T. afectivo.

Considerando la muestra total de pacientes atendidos en la *red de Salud Mental Extrahospitalaria de la CAV* vemos que los *diagnósticos más frecuentes* son: *T. disocial, T. adaptativo, T. personalidad y T. afectivos.*

4.1.2. Demanda de atención sanitaria psiquiátrica hospitalaria: Unidades de corta estancia

Se estudiaron todos los ingresos llevados a cabo en las Unidades de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil de los hospitales Basurto y Donostia a lo largo del año 2007. Se accedió a los datos de los hospitales, los cuales fueron coteja-

dos con los responsables de los casos para una mejor información.

Fueron 153 los pacientes que requirieron hospitalizaciones en estos centros: 99 ingresos en H. Basurto (Bilbao) y 54 en el de Donostia.

De esta muestra total de pacientes aquellos que fueron atendidos por presentar alteraciones de conducta fueron 37 en el hospital de Basurto (47,4% del total de ingresos en este hospital) y 41 en el hospital de Donostia (75,93% de las hospitalizaciones en este centro). Vemos de nuevo en estos datos cómo el ingreso de adolescentes en una Unidad psiquiátrica de corta estancia debido a AC es el motivo más frecuente. Los datos del H. Basurto se asemejan a lo reflejado en la literatura: entre un tercio y la mitad de los casos está referido que son debidos a este motivo (Bassarath 2001; Gustle et al 2007; Obsuth et al 2006, Peterson y Sheldon 2006, Tcheremissine et al 2004; entre otros); y en el caso del H. Donostia muestran una mayor predominancia.

La mayoría de los pacientes hospitalizados por alteraciones de conducta ya se evidencian éstas en el *Motivo de Consulta*, como ocurría en la muestra de pacientes de la red extrahospitalaria.

Así, en la tabla adjunta (Tabla 14), podemos ver cómo las muestras de ambos hospitales son semejantes en este aspecto.

Tabla 14. **Detección de AC en Unidades de H. Basurto y H. Donostia**

	Detección de ALTERACIÓN de CONDUCTA			TOTAL AC
	Motivo consulta	M. Consulta y Diagnóstico	Sólo Diagnóstico	
H. BASURTO	17	18	2	37
% del total AC	45,9%	48,6%	5,4%	100%
	94,5%			
H. DONOSTIA	18	21	2	41
% del total AC	43,9%	51,2%	4,9%	100,0%
	95,1%			

Respecto a la *edad* de los pacientes que presentaron alteraciones de conducta ésta fue de 14,81 años en el hospital de Basurto y 14,78 en el de Donostia. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en esta variable respecto al resto de pacientes que ingresaron en dichos centros por otras patologías. Vemos cómo la

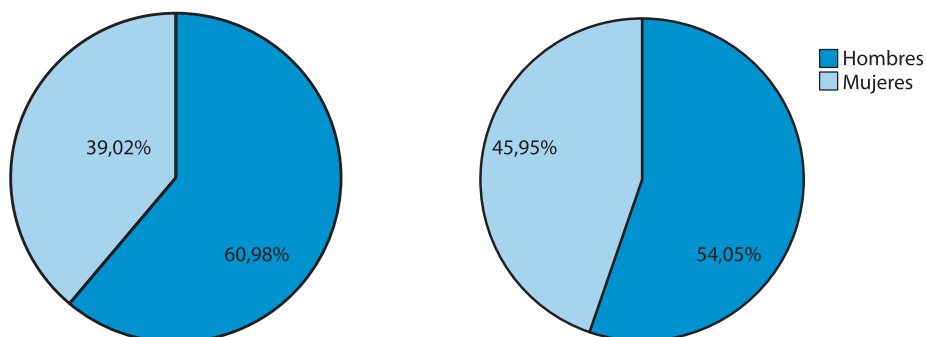
edad media de estos sujetos es menor que la media de los pacientes con la misma patología del Extrahospitalario, probablemente porque representarán a pacientes más graves: con mayor presencia de casos de TC de inicio en la infancia.

En cuanto a la distribución por sexos de los adolescentes ingresados por AC, el más pre-

dominante fue el sexo masculino (54,05% de los pacientes del H. Basurto y 60,98% en el H. Donostia). Sin embargo, en la muestra de pacientes ingresados por otras patologías la mayor prevalencia, en ambos centros, fue para

la mujeres (62,90% en H. Basurto y 61,54% para H. Donostia). La distribución de sexos en ambos hospitales fue semejante, tanto en la muestra que presentaba AC como en el resto de pacientes.

Gráfico 6. Pacientes con AC en H. Donostia y H. Basurto, respectivamente. Distribución por sexos



Vemos cómo en esta muestra de pacientes hospitalizados la diferencia respecto a la distribución por sexos es menor que en la muestra extrahospitalaria. Tal vez la explicación esté en que la muestra hospitalaria es diferente a la ambulatoria en cuanto a la gravedad de los casos, y en este sentido podríamos pensar que hay más equivalencia por sexos de casos graves, pero superior para varones si incluimos también los casos más leves. Esta explicación y nuestros datos podrían ser un dato a favor de la opinión de Frick y colaboradores, quienes postulan en las chicas un inicio del TC diferido en el tiempo, comenzando de adolescentes casos semejantes a los de inicio en la infancia de los varones, y por lo tanto más graves que los varones de inicio en adolescencia (Frick y Ellis 1999, Keenan et al 1999) De todos modos esta

explicación no deja de ser una interpretación que precisaría de otros estudios para revalorarla.

La *media de ingresos* (incluido el episodio índice) de los pacientes que presentan AC es de 2,54 en el H. Basurto y 2,73 en el H. Donostia. Esta media es significativamente superior en el caso del hospital de Donostia ($p < 0,05$) a la hallada para los pacientes que precisan internamiento psiquiátrico por otras patologías, pero no así en el hospital de Basurto: 2,12 ingresos en el H. Basurto y 1,3 en el hospital de Donostia. Lo cual pone de nuevo en evidencia la mayor carga asistencial que este tipo de patologías conlleva.

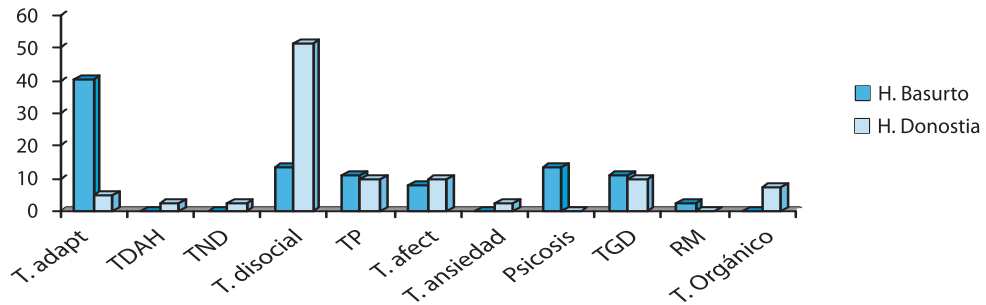
Los diagnósticos clínicos principales de los pacientes ingresados por presentar AC se describen en la siguiente tabla:

Tabla 15. Diagnósticos pacientes AC hospitales Basurto y Donostia

DIAGNÓSTICO	H. BASURTO	H. DONOSTIA
T. adaptativo	15 (40,54%)	2 (4,88%)
TDAH		1 (2,44%)
T. negativista desafiante		1 (2,44%)
T. disocial	5 (13,51%)	21 (51,22%)
T. Personalidad	4 (10,81%)	4 (9,76%)
T. afectivo	3 (8,11%)	4 (9,76%)
T. ansiedad		1 (2,44%)
Psicosis funcional no afectiva	5 (13,51%)	
T. Generalizado Desarrollo	4 (10,81%)	4 (9,76%)
Retraso Mental	1 (2,70%)	
T. mental orgánico		3 (7,32%)
TOTAL casos	37 (100%)	41 (100%)

Y de modo más gráfico podemos evidenciarlos a continuación (Gráfico 7).

Gráfico 7. Diagnósticos clínicos



Podemos ver cómo las categorías diagnósticas más frecuentes en el caso de los pacientes hospitalizados son en el caso del H. de Donostia: T. disocial, T. personalidad, T. afectivos y T. generalizados del desarrollo. En el H. de Basurto: T. adaptativos, T. disocial, Psicosis funcional no afectiva, T. personalidad, T. generalizados del desarrollo.

De nuevo aparecen en común las cuatro categorías que se mostraban como los diagnósticos más frecuentes en el Extrahospitalario: T. disocial, T. adaptativos, T. de personalidad y T. afectivos.

En el caso de esta muestra hospitalaria vemos que se incrementa la presencia de entidades clínicas como Psicosis funcionales no afectivas y T. generalizado del desarrollo. Son distintos tipos de enfermedades psicóticas que en momentos de descompensación pueden presentar AC, pero no en el contexto de la transgresión de

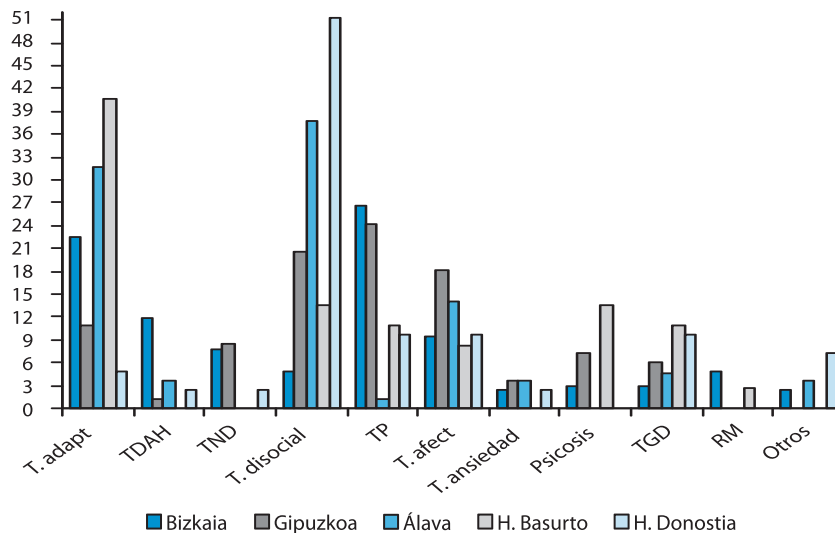
normas sociales que es lo característico de los T. disociales.

4.1.3. Discusión de los Resultados del Análisis de la Demanda

Acompañando la discusión de estos resultados adjuntamos un gráfico (Gráfico 8) en el que incorporamos todos los diagnósticos del total de la muestra, tanto extra como intrahospitalaria.

En el análisis de los resultados hemos visto cómo son varias las entidades clínicas diagnóstico de los pacientes que son atendidos por presentar AC. Ello refleja la heterogeneidad de estos trastornos, como hemos comentado anteriormente, en el que los síntomas se solapan con otros diagnósticos, y va a resultar en ocasiones muy difícil la distinción entre TC puro (T. disociales) y TC comórbido (el resto de las categorías). Así ocurre en esta muestra que estamos analizando.

Gráfico 8. Diagnósticos clínicos muestra total



También es importante recordar que hemos considerado tan sólo el diagnóstico principal según criterio del especialista, sin tener en cuenta la posible comorbilidad, por lo que podríamos plantear que muchos de los diagnósticos que no son T. disocial son en realidad entidades comórbidas con este trastorno, pero el clínico ha destacado únicamente la patología que piensa es la base de las AC.

Incluso, como ya hemos señalado, según cuál sea la clasificación utilizada para el diagnóstico (CIE-10 o DSM-IV-TR), se procederá a destacar más trastornos comórbidos o no. El DSM-IV-TR se caracteriza por excluir pocos trastornos comórbidos en el caso del T. disocial, únicamente excluye el T. antisocial de la personalidad. En el caso del T. negativista desafiante (T. disocial desafiante y opositor según CIE) éste diagnóstico excluye la presencia de T. disocial, T. antisocial de la personalidad, o que aparezca exclusivamente en relación a un trastorno psicótico o del estado del ánimo. Sin embargo la clasificación de la OMS, CIE-10 (utilizada en la red de Salud Mental), es bastante más restrictiva, así el diagnóstico de TD excluye otros: T. de las emociones de inicio en la infancia (fundamentalmente patología ansiosa característica de esta etapa), T. hiperquinéticos, T. del humor o afectivos (si se dan junto con TD habrá que proceder al diagnóstico de TD y de las emociones mixtos), Trastornos generalizados del desarrollo y Esquizofrenia. De este modo será el DSM la clasificación que más va a favorecer considerar un diagnóstico de comorbilidad en este tipo de pacientes y probablemente por ello en la literatura internacional, que utiliza el DSM-IV con más frecuencia, se destaquen entonces porcentajes mayores de entidades comórbidas.

Hemos visto en nuestros resultados que los cuatro trastornos más frecuentes que provocan AC en nuestros pacientes son: T. disocial, T. adaptativo, T. personalidad y T. afectivos.

No obstante, hemos hallado diferencias de frecuencias de estos diagnósticos en las distintas provincias o Unidades hospitalarias.

Una de las razones de esta diferente distribución de diagnósticos puede tener su base en corrien-

tes de formación y pensamiento de los profesionales de la Salud Mental diversas, que les lleve a enfocar la etiopatogenia y el diagnóstico principal de un caso de modo diferente. Esto puede ser más frecuente en el caso de entidades clínicas más controvertidas, como es el TDAH.

Destaca la diferente frecuencia de diagnóstico de T. adaptativos. Bien sabemos que son entidades que se producen en respuesta a un estrés identificable (generalmente en los siguientes 3 meses a dicho estrés) y pueden generar una clínica de síntomas de ansiedad, depresión y conductuales. Por ello, en ocasiones, puede resultar difícil la diferenciación de un T. adaptativo de T. afectivos (depresión) o T. disociales, puesto que estas entidades también pueden producirse en entornos en los que son frecuentes los estresores ambientales. También algunos clínicos utilizan el diagnóstico de T. adaptativo como un primer diagnóstico, abierto a la evolución tan cambiante en la adolescencia, que señala síntomas y dificultades del menor, pero que no tiene ni los prejuicios o connotaciones negativas del T. disocial (evitar estigmatización) ni la intensidad de gravedad que puede verse como limitante de un T. afectivo. En otras ocasiones de la clínica T. adaptativo se utiliza para representar la dificultad del paciente al proceso madurativo de la adolescencia, entendiendo en este caso como estresor el mismo proceso madurativo que provoca la aparición de síntomas emocionales o conductuales desadaptativos.

Considerando la muestra total de pacientes atendidos en la *red de Salud Mental de la CAV* vemos que los *diagnósticos más frecuentes* son: *T. disocial, T. adaptativo, T. personalidad y T. afectivos.*

Como interpretación de estos resultados y recordando que el diagnóstico que hemos englobado es el que el clínico considera como principal o nuclear explicativo de la AC del paciente podríamos pensar que estamos en realidad reflejando cuatro grupos de pacientes con TC:

1. Un primer grupo en el que se describe el TC como una patología independiente, se trataría de los T. disociales, se superpondría con los pacientes que hemos considerado

que muestran la AC en motivo de consulta y diagnóstico.

2. El segundo, el de menor gravedad, en el que el clínico considera que la patología conductual es reactiva a situaciones estresantes o a conflictos dentro del proceso madurativo de la adolescencia: T. adaptativos.
3. El tercero, T. de la personalidad, en el que se piensa que la causa de las alteraciones de conducta se deben a un fallo en la organización de la personalidad.
4. Y el último grupo en el que la causa de la clínica hostil o agresiva se piensa debida a un T. afectivo (depresión generalmente, o manía, hipomanía).

El diagnóstico de T. disocial reflejaría lo que hemos denominado TC puro. En la introducción ya hemos comentado la gravedad de estas conductas, con su curso crónico y deteriorante del funcionamiento general del paciente, lo cual se asemeja más a una discapacidad global que a un problema circunscrito al que se indica un tratamiento limitado y específico a dicho síntoma (Lambert et al 2001). En el apartado de revisión de la literatura destacaremos los tratamientos que se indican, y como veremos son de alta intensidad e incluyendo no sólo al menor sino a su familia cercana y realidad socio-educativa.

Los Trastornos de Personalidad son una categoría diagnóstica que se utiliza con poca frecuencia en la infancia y adolescencia por la tendencia a no diagnosticar estas entidades hasta que el paciente llega a la edad adulta y se supone que su organización de personalidad ha llegado a su madurez.

Los subtipos de T. personalidad que presentan AC como síntoma diana son: T. límite, T. antisocial y en ocasiones el T. narcisista. Los adolescentes con personalidad antisocial, expresan la agresividad típicamente sin investimento ni correlato afectivo; los rasgos narcisistas patológicos los veremos reflejados en los aspectos de búsqueda de sensaciones, supervaloración de uno mismo y falta de empatía (ambos Trastornos de personalidad parecen ir en consonancia con la clasificación de Frick de inicio en la infancia con rasgos

de crueldad-impasibilidad); y la patología límite favorecerá la clínica de variabilidad emocional, rabia, ira, intolerancia a frustración e impulsividad (acorde con el planteamiento de Frick sobre los de inicio en la infancia de tipo primariamente impulsivo). En este sentido recordamos que habrá que sospechar (o descartar) la presencia de una organización límite de la personalidad en pacientes que padecen en el eje I (eje clínico de las clasificaciones) TDAH, Trastorno de conducta, y también en casos de Trastorno de ansiedad de separación, T. de ansiedad excesiva, T. esquizoide, Mutismo selectivo, problemas de identidad, T. disociativos, T. de la conducta alimentaria y algunos T. del desarrollo (T. de la lectura, de la aritmética o del desarrollo del lenguaje) (Kernberg et al 2000).

Respecto al diagnóstico de T. afectivos también hemos destacado en el apartado de introducción la alta comorbilidad de los TC con patología afectiva. Rey et al (2007) señalan que la depresión es siete veces más frecuente en estos pacientes que en adolescentes de población general. Connor et al (2007) hallan Depresión Mayor en el 43% de TC de inicio en la infancia y un 54% en los TC de inicio en la adolescencia. Destacan además estos autores que en general tanto la depresión como el T. bipolar suelen preceder al desarrollo del TC y añaden que todavía está pendiente de valorar si los TC que cursan con depresión mayor o T. bipolar representan un subtipo diferente de T. afectivo de inicio precoz que poseerían una historia familiar, curso, pronóstico y tratamiento diferentes. También parece que la comorbilidad con T. afectivos es más frecuente en las chicas, las cuales presentan más frecuentemente síntomas internalizantes: trastornos de ansiedad (T. ansiedad de separación, T. ansiedad generalizada, fobias, T. estrés postraumático), trastornos depresivos y en consecuencia mayores tasas de ideación y tentativas suicidas.

También es importante considerar los datos de carga asistencial que hemos hallado: una media dos puntos superior de consultas anuales en el Extrahospitalario (11 consultas al año de media) y un índice de ingresos hospitalarios significativamente superior para los pacientes con AC. Estos datos ponen de nuevo en evidencia la

gravedad de estos pacientes y su necesidad de tratamiento especializado e intensivo, especialmente la muestra hospitalaria, que representa al grupo de AC más grave.

Y para finalizar insistir en que esta subtipificación de pacientes en función de los diagnósticos que hemos podido constatar, los datos de carga asistencial y la diferencia entre la distribución de sexos de la muestra intra y extrahospitalaria serán todos datos de gran relevancia a la hora de diseñar programas de intervención terapéutica para los pacientes de la CAV. Aspecto que lo desarrollaremos más en detalle en el apartado final de este informe en el que planteamos una propuesta de intervención sobre los trastornos de conducta en la adolescencia para su eventual puesta en marcha en la CAV con el fin de mejorar la atención actual.

4.2. ANÁLISIS DE LAS TÉCNICAS Y ESQUEMAS ORGANIZATIVOS EMPLEADOS EN LA RED Y EN OTRAS ORGANIZACIONES SANITARIAS PARA LA ATENCIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA ADOLESCENCIA

4.2.1. Análisis de la organización sanitaria en la CAV

Para el análisis de la organización de los diferentes dispositivos asistenciales de Osakidetza-servicio vasco de salud en cuanto a la atención a los adolescentes con problemas de conducta se llevaron a cabo entrevistas con los profesionales de los centros incluidos en el análisis de casos. En cada centro se detallaron tanto la oferta asistencial como sugerencias en relación a abordajes terapéuticos o asistenciales que a juicio de los profesionales serviría para mejorar la asistencia a estos menores.

Atención en centros de Salud Mental Infanto-Juvenil

La atención sanitaria a los menores con alteraciones de conducta en los Centros de Salud Mental infanto-juveniles (CSM) comienza con la derivación del caso por parte del pediatra (en menores hasta los 14 años) o médico de atención primaria (a partir de dicha edad) gene-

ralmente a solicitud de padres o tutores debido a la problemática del menor. En algunas ocasiones puede procederse a derivar a los pacientes desde otros contextos, como puede ser el social o educativo, aunque en general se tiende a vehicularla a través de la atención médica primaria dada la relevancia del trabajo en red.

Una vez derivado a los CSM allí se comienza la atención al paciente y su familia (generalmente a padres o tutores).

Existen diferentes tipos de *intervenciones diagnóstico-terapéuticas* que se realizan en el global de CSM, como son:

- Diagnóstico clínico, psicodiagnóstico, valoración social.
- Tratamiento individual: psicoeducativo, psicoterapia individual (psicodinámica y cognitivo-conductual como abordajes más frecuentes).
- Intervención familiar (padres o tutores): medidas de orientación, apoyo psicoterapéutico, derivaciones a atención en Salud Mental de adultos si preciso.
- Tratamiento psicofarmacológico en base al diagnóstico clínico o síntomas predominantes.
- Coordinación con dispositivos Sociales (EISE, Bienestar Social, Servicio de Protección a la Infancia), judiciales, centros educativos o Berritzegune (equipos de orientación pedagógica) y Asociaciones de familiares de pacientes. Este tipo de coordinaciones se llevan a cabo de modo diferente según los centros. En general se trata de coordinaciones en aquellos casos en que se precisa, además de realizarse en algunos centros coordinaciones prefijadas con periodicidad mensual, trimestral o semestral en los que además del trabajo de coordinación de los casos se intensifica el desarrollo del trabajo en red asistencial extensa.

Además existen *intervenciones específicas* que se realizan en algunos de los dispositivos asistenciales. Entre estas intervenciones destacan:

- Psicoterapia grupal: adolescentes con diferentes patologías o dificultades, no específico de Trastornos de conducta. Sesiones de 90 minutos con frecuencia quincenal.

- Grupos de relajación.
- Grupo de habilidades sociales: destinado a menores con dificultades en este ámbito.

Atención específica a menores a cargo del Servicio de Protección a la Infancia

Los menores en situación de desprotección que son atendidos por el Servicio de Protección a la Infancia han sido víctimas de intensas carencias afectivas en su entorno familiar, lo cual les hace más frágiles y vulnerables y les predispone al desarrollo de diferentes patologías (entre ellas los TC), y por lo tanto a precisar de una mayor intensidad de intervenciones terapéuticas.

Es por esto que se ha llevado a cabo un plan de atención y tratamiento específico para estos menores denominado «Adin-Txikikoak».

Este programa oferta la asistencia psiquiátrica y psicológica específica para estos menores, en diferentes horarios, tanto de mañana como una tarde a la semana.

El objetivo general de este programa es mejorar la salud mental de este colectivo de menores que está en riesgo derivado de la situación de desprotección en que se encuentra.

Los objetivos específicos son:

- Responder a la demanda específica de este grupo de menores mediante intervenciones terapéuticas especializadas.
- Asesoramiento del personal de atención directa a los menores en sus unidades de convivencia y/o el desarrollo planes de coordinación para la intervención conjunta.

Para todo ello se llevan a cabo diferentes modalidades de atención:

- Intervenciones directas: intervenciones terapéuticas breves, psicoterapias individuales, psicoterapias grupales, diferentes modalidades de atención en grupo, tratamientos psicofarmacológicos, intervenciones con familias.
- Intervenciones con personal de atención directa en unidades de convivencia: asesoramiento técnico clínico y especializado al personal de atención directa y programas de

intervención conjunta, junto con el personal de atención directa.

Atención específica a menores con consumo de sustancias psicoactivas

De los centros que participan en este estudio uno está especializado en el tratamiento de pacientes con trastornos secundarios al abuso o dependencia de alcohol u otras sustancias. Se trata del CSM Ajuriaguerra, de Bilbao, quienes han desarrollado un programa específico de intervención destinado a adolescentes que realizan consumos de este tipo de sustancias con comportamientos disruptivos. El objetivo de este programa es la intervención precoz en este tipo de pacientes con la finalidad de intentar minimizar las posibles consecuencias negativas que la conducta adictiva puede acarrear al menor (fracaso escolar, conflictiva interpersonal, alteraciones de conducta, episodios psicóticos).

El tratamiento en este programa no sólo se centra en el menor sino en la red extensa de intervención: padres, educadores, servicios sociales, educativos, médicos o judiciales. Se propone un trabajo de red con orientación o supervisión de aquellos casos que son detectados en otros ámbitos (no sanitarios) para valorar la necesidad de tratamiento específico en el CSM si es preciso o si no orientar en el manejo a nivel del resto de recursos existentes.

Aquellos casos que finalmente son derivados al CSM reciben diferentes tratamientos individualizados según el paciente: psicofarmacológico, control de tóxicos en orina, coordinación con la red de intervención (social, educativa, judicial; etc) o abordajes psicoterapéuticos:

- Psicoterapia individual
- Psicoterapia grupal, grupo de pares. Grupo abierto, 90 minutos de duración, semanal, periodo de 2 años.
- Psicoterapia familiar:
 - de la unidad familiar
 - pareja parental
 - grupos multifamiliares: familias cuyos hijos siguen el tratamiento en el grupo de

psicoterapia de pares. Grupo abierto de frecuencia mensual, 90 minutos, periodo de 2 años.

En casos extremos de consumo que precise de un abordaje más intensivo se deriva a los pacientes a la Comunidad Terapéutica de Mañene. Este centro está destinado al tratamiento de toxicomanías en pacientes adultos, no obstante menores en adolescencia tardía también pueden requerir de este dispositivo. Así en el año 2005 un 12,28% de los pacientes atendidos estaban en el grupo de edad de 16-23 años. En la actualidad se han llevado a cabo una propuesta para la adecuación de la comunidad terapéutica a esta franja de edad, tanto en el tipo de intervenciones como en el horario de las mismas.

Centros de día educativo-terapéutico

Existen en la red de Osakidetza tres dispositivos de tratamiento en régimen de centro de día, uno en cada provincia. Han surgido gracias a un convenio de colaboración entre el Departamento de Educación del Gobierno Vasco y Osakidetza-servicio vasco de salud. De este modo se conforma en cada centro una plantilla multidisciplinar compuesta por expertos tanto de la Salud Mental como de la Educación especial.

Estos centros están diseñados para atender a menores con patologías severas: psicosis de inicio precoz o en la adolescencia, disarmonías evolutivas y trastornos graves de personalidad que precisen de un tratamiento psicoterapéutico intensivo y un abordaje educativo adaptado a sus necesidades.

En Bizkaia se cuenta con una Unidad para niños (6-12 años) desde el año 2000 y otra de reciente creación (Abril-2009) para la atención de adolescentes (12-16 años). En Vitoria existe así mismo un centro de estas características que atiende a población adolescente. Y en Gipuzkoa se ha puesto en marcha un centro de día dirigido a tratamiento intensivo de niños. Estos dos últimos centros comenzaron su andadura en Septiembre-2008.

Dada la tipología de pacientes para los que están dirigidos estos centros, en algunas cir-

cunstancias se da la situación de atender pacientes que presentan síntomas disruptivos, generalmente menores con Trastornos de personalidad o psicosis. Aunque es importante destacar que estos centros no están diseñados ni dirigidos específicamente para el tratamiento de menores con T. disocial o alteraciones de conducta, como a los que nos referimos en el presente estudio.

El tratamiento intensivo en un modelo de Centro de Día tiene por finalidad la de proveer al menor una mejor estructuración psíquica mediante un tratamiento psicoterapéutico intensivo individual, grupal y orientación y apoyo familiar. Las dificultades cognitivas serán afrontadas mediante un programa especializado y personalizado acorde a sus necesidades educativas especiales. Y de este modo, aunque existen unas actividades orientadas desde una perspectiva clínica y otras actividades con un contenido más educativo, toda la estructura del centro se concibe como terapéutica.

De un modo más detallado podemos destacar los diferentes programas que se llevan a cabo:

- Tratamiento individual: psicoterapia, psicomotricidad relacional, tratamiento psicofarmacológico.
- Tratamiento grupal
- Trabajo con la familia: con familia de origen directamente o en grupo multifamiliar.
- Trabajo en red: creación y articulación de un marco protegido en el que pueda transitar el menor y que favorezca su desarrollo. Con este objetivo se realizan coordinaciones con Servicios Escolares, Otros Servicios Sanitarios y de Salud Mental y con Servicios Sociales.
- Trabajo en equipo para la formación de un milieu terapéutico contenedor y estructurador.

Para concluir este apartado insistir en el hecho de que estos dispositivos asistenciales no están dirigidos a la población foco de este estudio. En la actualidad, en la CAV, no existe ningún dispositivo público que realice un tratamiento intensivo en régimen de centro u hospital de día para adolescentes con alteraciones de conducta.

Atención hospitalaria: consultas externas, Urgencias y Unidades de hospitalización

En el caso de las *Consultas Externas de Psiquiatría Infanto-Juvenil hospitalarias* (H. Cruces, H. Basurto) la derivación a los pacientes se lleva a cabo por los dispositivos asistenciales intrahospitalarios (consultas externas de otros Servicios). En este tipo de consultas se atienden a pacientes derivados desde otras especialidades, por lo que es más frecuente la presencia de enfermedades médicas concomitantes.

En general el abordaje terapéutico llevado a cabo es semejante al detallado previamente para los CSM.

Otro dispositivo asistencial en el que frecuentemente se atiende este tipo de patologías son los *Servicios de Urgencia Psiquiátricas de los Hospitales Generales* de la CAV: Hospitales de Basurto, Cruces y Galdakao-Usansolo en Bizkaia, Hospital Donostia en Gipuzkoa y Hospital Santiago en Álava. Dicha atención suele ser solicitada en los momentos de crisis más intensas (alteraciones de conducta más graves, conflictiva familiar o interpersonal, efectos secundarios de consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, entre los más habituales motivos de consulta). Se procede a una evaluación urgente, intervención en crisis, y valoración de la derivación, bien si precisa de hospitalización psiquiátrica en una Unidad Infanto-Juvenil específica o continuación con tratamiento a nivel ambulatorio en la red de Salud Mental Extrahospitalaria.

Las *hospitalizaciones psiquiátricas* a menores en la CAV se llevan a cabo en las *Unidades específicas* creadas para tal fin. Existen una en cada provincia ubicadas en *hospital general*: H. Santiago (Álava), H. Donostia (San Sebastián) y H. Basurto (Bilbao).

Las intervenciones realizadas en estos dispositivos cubren aspectos diagnósticos, cuidados de enfermería, intervención en crisis, orientación y apoyo a padres o tutores, tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico individual y grupal; coordinación con la red de Salud Mental Extrahospitalario así como con Servicios sociales, educativos o judiciales cuando es preciso. Todo ello enmarcado en un milieu terapéutico

contenedor y reestructurador, porque como bien apunta Jeammet (2002), «sabemos lo importante que es responsabilizar al Yo desbordado de estos menores, fijarle límites y constricciones, porque a veces constituyen la única manera de contrarrestar las fuerzas internas que una libertad demasiado excesiva convierte en irresistibles, sin fuerzas de oposición exterior suficiente».

A continuación pasamos a relatar en más detalle el *abordaje terapéutico* que se realiza en la *Unidad de hospitalización psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital de Basurto*.

El programa de tratamiento en la Unidad está específicamente diseñado para enfrentar las necesidades de desarrollo del adolescente a la vez que se valora y remedia los déficits y carencias en dicho desarrollo. La meta del tratamiento será la de remediar estos déficits mediante una experiencia emocional correctiva, la cual, a través de confrontar al adolescente con sus patrones de comportamiento maladaptativos a la vez que promueve el desarrollo de otros más adecuados, reencamine al menor en su curso normal de desarrollo.

Estos pacientes suelen presentar una marcada debilidad yoica que les lleva en un movimiento regresivo a apoyarse sobre mecanismos de defensa primitivos, fallo en la sublimación y en la interposición del pensamiento entre el impulso y la acción, baja tolerancia a la frustración y bajas habilidades sociales con síntomas afectivos y conductuales que reflejan ansiedad, depresión e impulsividad y su crisis en el proceso de desarrollo de su identidad.

La base central del tratamiento que les aporta una Unidad de hospitalización psiquiátrica es el milieu terapéutico. Éste consiste en el modo como se diseña y construye el ambiente en la Unidad, el cual es altamente estructurado, consistente y predecible, en el que se expresan con claridad las expectativas y normas, de modo que proporcionan al menor un sentido de seguridad y de ser cuidado, a la vez que le aporta un mejor autocontrol al minimizarle su tensión, angustia y estrés. Es esencial un minucioso entrenamiento y comunicación del equipo terapéutico, equipo de enfermería y psiquiatras-psicólogos, para

poder proveer al ambiente de límites y control firmes, consistentes, no punitivos, sensitivos y en ocasiones incluso anticipando la necesidad del paciente. El programa del milieu terapéutico se focaliza en el apoyo yoico, las relaciones sociales, el control de impulsos, el manejo del afecto y la confrontación con la realidad (Pentz 1994, Waltos 1994).

Esta clara estructuración de límites es de especial relevancia en el caso de menores con TC. Para que la terapia sea efectiva las conductas de acting-out (externalización) de estos pacientes deben mantenerse bajo control y de este modo no cumplan su finalidad: evacuar el malestar interno sin llegar a mentalizarlo. De este modo el joven se sentirá seguro y a salvo en un entorno donde se ve protegido de sus propios impulsos, afectos y emociones internos, los cuales deberá ir enfrentando y comprendiendo para avanzar en su proceso de maduración yoica y mejoría clínica secundaria (Ghuman y Sarles 1994).

La organización de esta Unidad se ha realizado acorde al modelo de calidad de gestión por procesos según la norma ISO 9001:2000, certificación de Calidad que obtuvo esta Unidad en el año 2005 y mantiene desde entonces con un trabajo diario y un seguimiento y supervisión mediante auditorías internas y externas anuales.

Dentro de este sistema de organización hemos diseñado la intervención de los diferentes pacientes en la Unidad según sus motivos de ingreso y en la forma de procedimientos operativos (P.O.). En este texto pasamos a detallar el P.O. que diseña la atención a estos menores con TC: «P.O. de Alteración de conducta», el cual ha sido creado siguiendo las normas de buena práctica clínica de agencias tan relevantes como la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry AACAP 2002) o el National Institute for Clinical Excellence (NICE 2005).

El P.O. de Alteración de conducta, como todos los P.O. de la Unidad, sigue los siguientes pasos: gestión de ingreso, acogida, diagnóstico, tratamiento y cuidados, planificación del alta y alta.

Ya desde la gestión de ingreso (momento en el que se solicita el ingreso del menor en la Uni-

dad) se tiene en cuenta su patología de cara a obtener información sobre el caso y proceder a considerar aspectos organizativos que minimicen estímulos que puedan resultar precipitantes de conductas disruptivas para el paciente.

En la acogida, realizada por el equipo de enfermería, se recaba información de padres-tutores y paciente sobre la clínica del menor, modo como se ha afrontado hasta ese momento, y se explica las normas y funcionamiento de la Unidad, introduciendo así al paciente y sus familiares al concepto de milieu terapéutico.

El tratamiento en la Unidad se lleva a cabo por todos los miembros del equipo asumiendo cada uno de ellos diferentes aspectos. Se realizan tanto abordajes de psicoterapia individual como grupal, siempre en función de las características de cada paciente y momento evolutivo durante el ingreso; así como tratamiento farmacológico para aquellos que lo precisen. También se procede a un trabajo con los padres de los menores, bien en intervenciones individuales en consulta médica o durante las visitas al menor supervisadas por el personal de enfermería.

Los tratamientos psicoterapéuticos grupales que se realizan están en función de las características clínicas y de desarrollo madurativo de cada paciente. Se secuencian a lo largo del ingreso según la clínica del menor y su capacidad de introspección y colaboración.

Los adolescentes en adolescencia precoz (12-15 años) son más tendentes a expresar sus sentimientos de ansiedad o tensión a través de la acción debido a sus limitaciones en habilidades cognitivas, así como por su sensibilidad emocional que bloquea la reflexión y la introspección. Los adolescentes en esta etapa mantienen un pensamiento de tipo concreto, (la mayoría no llegan a adquirir un desarrollo de operaciones formales hasta media adolescencia), egocéntrico, con limitaciones en la capacidad de auto-observación, empatía y consideración de puntos de vista alternativos. Estas limitaciones se harán más patentes e intensas aún en los menores con TC. Las técnicas psicoterapéuticas en esta etapa irán encaminadas al apoyo yoico y fortalecimiento de las defensas (Pentz 1994).

En la adolescencia intermedia (15-17 años) gracias al desarrollo del pensamiento abstracto hipotético-deductivo y a la maduración yoica que ha ido aconteciendo el adolescente desarrolla una mayor capacidad de verbalización e introspección, lo cual favorecerá su participación en las técnicas psicoterapéuticas analíticas o cognitivas. No obstante, en aquellos adolescentes en situación de sufrimiento agudo y especialmente si presentan rasgos de impulsividad, las capacidades antes reseñadas pueden aún no estar tan desarrolladas como cabría esperar por su edad.

Teniendo en consideración estos aspectos es por lo que las intervenciones psicoterapéuticas grupales de la Unidad se dividen en dos subtipos: grupos dirigidos a la acción, y grupos orientados a la introspección.

En los pacientes adolescentes que presentan TC utilizaremos inicialmente abordajes psicoterapéuticos grupales dirigidos a la acción. Al inicio del ingreso sus síntomas emocionales intensos hacen que esté mermada su capacidad de verbalización y prefieran una expresividad indirecta de sus emociones y sufrimiento interno a través de la conducta o la expresión artística, por ejemplo. Este caso se hará más evidente incluso si el adolescente que presenta la clínica disruptiva se halla en la adolescencia precoz. Los abordajes grupales dirigidos a la acción que se realizan son: actividades de ejercicio físico en grupo y cooperación, técnicas de relajación, actividades artísticas, escenificación a través de role-playing, talleres de cocina o de música, entre otros.

A continuación, según avanza el ingreso y el adolescente se siente más seguro y contenido, comienza a poder expresar verbalmente su malestar y entonces procedemos a utilizar abordajes más verbales, como grupos de habilidades sociales, manejo del estrés o entrenamiento en control de la ira-rabia. Este tipo de técnicas psicoterapéuticas será, como hemos comentado anteriormente, más extensamente utilizada cuanto mayor sea el adolescente dada su mayor capacidad verbal.

Dada la fragilidad de estos pacientes en ocasiones también proceden a expresar su malestar de modo disruptivo o a reproducir en la Unidad sus dificultades en las relaciones interpersonales, lo que les lleva a desarrollar alteraciones de conducta, o incluso franca agresividad. Este va a ser un aspecto importante del tratamiento de estos pacientes: poder ayudarles a incrementar el autocontrol y a expresar su malestar sin el paso al acto agresivo. Para ello utilizamos técnicas de escalada, las cuales han demostrado ser las más eficaces y recomendadas, por ejemplo por la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AACAP 2002). En el hospital de Basurto hemos aplicado el protocolo que diseñaron el equipo de Barnett, DosReis y The Maryland Youth Practice Improvement Committee for Mental Health (Barnett et al 2002, Dos Reis et al 2003) que incluimos en la siguiente página: «*Protocolo de Alteración de conducta*».

Los programas de tratamiento como el nuestro para los menores con alteraciones de conducta han demostrado no solamente su eficacia en diferentes estudios, sino también la menor necesidad de intervenciones más restrictivas como pudieran ser el aislamiento o la contención (Barnett et al 2002, Dean et al 2007, Greene et al 2006, Lebel et al 2004, entre otros).

Además de las intervenciones ya mencionadas, cuando el caso lo requiere se establece coordinación con servicios sociales, educativos o judiciales. Y en todos los casos se trabaja en estrecha relación con el terapeuta de referencia del paciente de cara a la coordinación del caso.

Y para finalizar mencionar que todo el abordaje terapéutico realizado en esta Unidad es medido mediante indicadores para poder evaluar la efectividad del proceso asistencial. Los indicadores utilizados valoran tanto aspectos de efectividad (ICG-mejoría: Impresión Clínica global, índice de reingresos urgentes en menos de 30 días), como satisfacción de pacientes y padres o tutores; así como duración del ingreso (estancia media) y valoración del potencial riesgo de agresividad mediante la escala OAS, Overt Aggression Scale, (Yudofsky et al 1986).

PROTOCOLO DE ALTERACIÓN DE CONDUCTA
(Unidad de Psiquiatría infanto-juvenil, Hospital de Basurto)



(Barnett et al 2002 ; DosReis et al 2003)

4.2.2. Programas específicos del entorno nacional e internacional dirigidos a la atención de Trastornos de conducta en la adolescencia

En la revisión sistemática de la literatura nacional e internacional que incluimos en el siguiente punto informamos de un amplio abanico de intervenciones terapéuticas llevadas a cabo especialmente en entornos fuera de nuestras fronteras.

Sin embargo, no hemos podido hallar ninguna referencia de un programa terapéutico diseñado en coordinación intra y extrahospitalario para estos pacientes como es nuestro deseo con este estudio. Los abordajes publicados se centran en diferentes técnicas que se pueden acometer en instituciones abiertas, hospitales de día o a nivel ambulatorio, muchos de ellos insistiendo en la importancia del trabajo en la red social del menor, pero no establecen la continuidad de tratamiento a lo largo de un proceso asistencial que generalmente es largo y llevado a cabo en diferentes niveles asistenciales.

Respecto a los programas de intervención destacados a nivel internacional precisan de una especial mención aquellos valorados como «*Blueprints*» por el Centro para el Estudio y Prevención de Violencia (*Center for the Study and Prevention of Violence*) de la Universidad de Colorado en Boulder (USA) por haber demostrado, según el criterio de esta relevante institución, su eficacia en la reducción de las conductas agresivas, delictivas, criminales o de abuso de alcohol o sustancias en el adolescente. Estos son: Terapia familiar funcional, Terapia multisistémica y la Intervención Multidimensional de Adopción temporal. Todos ellos los comentamos en extensión en el siguiente apartado dedicado a la revisión de la literatura.

A nivel nacional, y tras una exhaustiva búsqueda, no hemos hallado programas específicos englobando el abordaje clínico (asistencial) intra y extrahospitalario. Existen diseños de intervenciones ambulatorias, en régimen de hospital de día, de comunidad terapéutica, o atención intrahospitalaria en los casos en que se requiere. Son diseños no estandarizados ni evaluados mediante estudios de efectividad.

Por otra parte, existen programas de intervención con menores disruptivos y en situación de desprotección social liderados y llevados a cabo por instituciones no sanitarias, como Servicio de Protección a la Infancia, Justicia Juvenil o Sistema Educativo que abordan a adolescentes con TC en centros específicos para ello: hogares funcionales, centros de internamiento terapéutico de Justicia juvenil o centros educativos en régimen residencial. Intervenciones que no son el foco de esta investigación.

A continuación pasaremos a describir de un modo más detallado algunos de los abordajes clínicos existentes en diferentes centros de la geografía nacional, dependientes o no del sistema sanitario público.

Atención ambulatoria

Como ejemplos de asistencia ambulatoria a los TC en la adolescencia vamos a presentar dos iniciativas locales llevadas a cabo por Fundaciones no relacionadas con la sanidad pública.

La primera de ellas es la realizada por la *Fundación Etorkintza- Elkargoa* (fundada en Bilbao en 1984) dirigida a adolescentes y jóvenes (15 a 23 años) en situación de conflicto y/o en riesgo y vulnerabilidad. Llevan a cabo un programa preventivo y de intervención si es preciso abordando diferentes entornos sociales del menor: prevención y asesoramiento a nivel escolar, intervención en medio abierto-calle mediante educadores, mediación en el centro educativo y la familia, asesoramiento familiar y psicoterapia familiar, apoyo y orientación psico-educativa a grupos de adolescentes y abordaje psicoterapéutico individual en los casos necesarios.

Los objetivos de este programa son los siguientes:

- Detectar y atender precozmente a adolescentes que presentan consumos problemáticos y otros comportamientos de riesgo asociados.
- Disminuir los factores de riesgo.
- Diseñar modalidades de atención adecuadas a consumidores de drogas «no toxicómanos» favoreciendo los factores de protección.
- Atender la necesidad de la familia, tutores y otros mediadores (profesorado, educadores

sociales, etc) para apoyar adecuadamente el desarrollo personal y social del adolescente.

Otro programa específico para la atención a menores con conductas disruptivas a nivel ambulatorio es el denominado *Programa Hirusta de la Fundación Gizakia*, en Bilbao.

Desde 1996 se viene desarrollando este programa de prevención dirigido a adolescentes, de 14 a 21 años, con comportamientos de riesgo: inicio de consumo de drogas, conducta delictiva, abuso de alcohol, relaciones familiares conflictivas, fracaso y/o absentismo escolar.

El tipo de intervención que se realiza desde este dispositivo es múltiple:

- Actividades con la familia: servicio de orientación, escuela de padres, grupos de padres y asesoramiento individual.
- Actividades con los adolescentes: diagnóstico, asesoramiento individual, grupos y talleres temáticos en función de las necesidades del joven (autoestima, técnicas de estudios, habilidades sociales).
- Participación en planes de formación, asesoramiento y cooperación con centros educativos, residencias, asociaciones de tiempo libre, Servicio de Protección a la Infancia, Justicia Juvenil y Servicios Sociales de Base.

Atención en Hospital de Día

No existen abordajes únicos y específicos para adolescentes con TC en hospital de día (HD), sino que son tratados con grupos mixtos de adolescentes que presentan diferentes patologías psiquiátricas.

Como ejemplo de este tipo de intervención vamos a mencionar el trabajo realizado en el Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico de Barcelona. Este centro dispone de 20 plazas para tratamiento de adolescentes (hasta 17 años de edad).

La mayoría de los menores atendidos en este HD que presentan alteraciones de conducta padecen Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, T. negativista desafiante o Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

El tratamiento ambiental, con límites y normas claras, estables y coherentes, es la primera necesidad básica del proceso terapéutico. El primer día en que se incorpora el adolescente se le explican, además de entregarle por escrito una copia y de recibir la ayuda de sus otros compañeros al respecto. Otro aspecto fundamental del tratamiento ambiental es el tipo de trato interpersonal que se lleva a cabo. Las interacciones personales entre equipo terapéutico y pacientes, así como entre éstos están basadas en el respeto mutuo.

El programa se basa en el modelo cognitivo-conductual. Como abordaje conductual se aplica un sistema de economía de fichas sin coste de respuesta, encaminado al trabajo en cuatro dimensiones: respeto a los demás, respeto al material, autocontrol, participación. De este modo, en cada franja horaria el profesional responsable del grupo puntúa estas cuatro dimensiones en una tarjeta que lleva el menor. El premio a obtener puede ser diario o semanal, y se va incrementando la dificultad del programa según avanza el tratamiento del menor en el HD. Toda esta información la conoce el paciente desde su ingreso y está a su disposición a modo de tablas que puede consultar. Se aplican también otras estrategias conductuales (refuerzo positivo, sobrecorrección, modelage).

Cuando se producen conductas disruptivas que no ceden a la intervención verbal o precisan de una contención, es preciso en ocasiones optar por el aislamiento («time-out», tiempo fuera) del menor en un entorno seguro. Para ello se dispone de una sala acolchada, vigilada por enfermería mediante videocámara, donde permanece el adolescente durante un periodo breve de tiempo hasta que cede su conducta.

Paralelamente a los abordajes previos mediante el trabajo en talleres se aborda y estimula el desarrollo de la conducta pro-social (juegos en equipo, salidas culturales, fiestas, acciones pro-sociales colectivas, etc).

El tratamiento se completa con una intervención familiar mediante entrevistas semanales o en grupos de entrenamiento dirigidos a padres; y en un trabajo en red con los centros escolares y equipo psico-pedagógico.

Atención en Comunidad Terapéutica

La atención a menores en entornos de Comunidades Terapéuticas suele centrarse en el tratamiento de una toxicomanía de base. Generalmente estos sujetos presentan así mismo T. disocial, representando un grupo de estos pacientes de intensa gravedad.

La comunidad terapéutica más cercana a nuestro entorno se encuentra en Zanduenta, Navarra, y es gestionada por la ONG Dianova. Fue el primer centro de estas características que se creó en España en el año 2001.

Ofrece tratamiento psicoterapéutico y educativo en un entorno alejado de los núcleos sociales a menores de 13 a 18 años con problemas de adicción a tóxicos. Consta de 20 plazas y la duración media del tratamiento es de 9-12 meses.

4.3. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

4.3.1. Preámbulo

Los TC en la adolescencia, como hemos señalado en la introducción, representan una patología grave y variada por su clínica y su etiopatogenia multicausal. Todo lo cual complica en gran medida el desarrollo de abordajes terapéuticos efectivos.

Se han desarrollado diversos abordajes clínicos: intervenciones psicoterapéuticas individuales, grupales, familiares, comunitarias, tratamientos psicofarmacológicos; etc.

No todos los tratamientos realizados han llevado parejos investigaciones, más allá de casos clínicos, que demuestren su eficacia. Los tratamientos que han demostrado ser eficaces en base a múltiples investigaciones son fundamentalmente: programas conductuales de manejo de contingencias, modelos cognitivos de entrenamiento en habilidades de resolución de problemas y en habilidades sociales, entrenamiento a padres para el manejo conductual de sus hijos, terapia de familia funcional y terapia multisistémica (Frick 2001, INSERM 2005, Waddell et al 1999).

De todos modos, incluso los abordajes terapéuticos que han mostrado ser eficaces, esto

ha acontecido especialmente en muestras de niños y no tanto de adolescentes. Este hecho enfatiza la necesidad de desarrollar programas de prevención a llevarse a cabo en la infancia que minimicen la posibilidad de que se presenten estas patologías en la adolescencia, así como a alentar para que se desarrollen nuevas intervenciones que sean más eficaces en la población adolescente (Frick 2001).

También se ha visto que la generalización de las mejoras obtenidas por un tratamiento a otros ambientes diferentes del terapéutico ha sido pobre, limitándose así enormemente la efectividad de estos tratamientos (Baker 2006, Frick 2000).

Todas estas dificultades llevan a una reflexión sobre cómo diseñar enfoques terapéuticos útiles. Para contestar a esta pregunta se busca la solución en la subtipología de estos trastornos: inicio precoz o inicio en adolescencia; presencia de rasgos de impulsividad-reactividad o no; presencia de rasgos de crueldad-imposibilidad; etc).

A continuación pasaremos a detallar los enfoques terapéuticos que se han utilizado para el tratamiento de los TC en la adolescencia. De todos modos, como guía inicial para la planificación terapéutica individualizada en cada caso, y siguiendo a Frick (2000), deberemos:

1. El clínico primero deberá entender la naturaleza básica del trastorno de conducta y los múltiples procesos causales que se han visto implicados en su génesis.
2. Debe realizarse una comprensión clara e individualizada de cada paciente que sirva de guía del tratamiento diseñado para cada caso en particular.
3. Toda intervención psicoterapéutica en estos pacientes engloba a múltiples profesionales y a diferentes agencias comunitarias o dispositivos asistenciales que deberán trabajar en estrecha cooperación y coordinación para proporcionar una intervención integral.

4.3.2. Intervenciones psicosociales

Será de especial relevancia para el común de las intervenciones psicoterapéuticas trabajar inicialmente con el menor aspectos motivacio-

nales (desarrollo de conciencia de enfermedad y motivación para el cambio) para poder colaborar y beneficiarse de este tipo de técnicas.

A continuación pasamos a desarrollar los diferentes tratamientos psicosociales.

1) **Psicoterapia individual**

Diversas técnicas psicoterapéuticas individuales se utilizan para el tratamiento de estas patologías y han demostrado su eficacia. En los siguientes apartados los desarrollamos más detalladamente.

Psicoterapia psicodinámica

Este tipo de tratamientos han demostrado claramente su eficacia en estas patologías. Además la importancia radica no solamente en la mejoría sintomática de la alteración de la conducta, sino también en la mejora de la estructura de personalidad del adolescente.

Investigaciones de casos clínicos aislados lo refrendan, a pesar de resultar más dificultosas de cuantificar que otro tipo de técnicas psicoterapéuticas (Bambery y Porcerelli 2006). Razón por la cual, a pesar de la extensa aceptación en cuanto a eficacia de estos tratamientos por los clínicos, son menores los datos de investigaciones que los refrendan en comparación con los realizados aplicando otras técnicas psicoterapéuticas.

De todas las corrientes psicodinámicas es la basada en la teoría del apego la que más literatura ha protagonizado respecto al tratamiento de los trastornos de conducta (Eddy 2006).

Terapia conductual: programas de manejo de contingencias

Este tipo de tratamientos se han utilizado con más éxito en el tratamiento de niños con problemas de conducta (Mardomingo y Sánchez 2006), habiéndose desarrollado múltiples intervenciones manualizadas, de las cuales destacamos los programas de Barkley (Barkley 1987) y de Webster-Stratton (Webster-Stratton y Hancock 1997) específicos para niños y diseñados para ser implementados con la colaboración de los padres. Sin embargo, como comentaremos en

el apartado dedicado a entrenamiento a padres, en el caso de adolescentes suele resultar poco eficaz como único abordaje terapéutico.

La base teórica de estos programas está centrada en el hecho de que muchos de los menores con TC provienen de familias en las cuales no han sido expuestos a un ambiente consistente y contingente, lo cual ha repercutido en su deficiente capacidad para modular su comportamiento (por ejemplo diferir gratificaciones). Además, es bastante común que niños con TC posean una vulnerabilidad temperamental, en el sentido de un menor autocontrol emocional, lo cual merma e hipoteca su desarrollo en entornos poco contingentes (Frick 2001).

La estructura básica de un programa de manejo de contingencias es simple: (1) establecer un objetivo claro desglosado en diferentes pasos, (2) desarrollar un sistema para evaluar la progresión del menor en el programa, (3) utilizar un sistema de refuerzos positivos para incentivar al menor a superar los pasos para llegar al objetivo y (4) proporcionar consecuencias para los comportamientos negativos.

Este tipo de técnica terapéutica se ha visto útil para el manejo conductual de niños con TC en sus hogares, centros residenciales y colegios.

Terapia cognitivo-conductual (TCC)

Este tipo de técnica ha demostrado ser efectiva para el tratamiento de los déficits en cognición social y en las habilidades sociales de resolución de problemas que padecen frecuentemente estos pacientes.

Como hemos comentado en el apartado dedicado a la etiopatogenia de este trastorno, es frecuente que los menores con conductas agresivas presenten déficit en el modo como procesan la información social: cómo codifican claves sociales, cómo las interpretan, qué metas sociales eligen y qué respuestas generan. Déficit que se ha visto diferencian los subtipos de agresividad proactiva y reactiva.

Así, la mayoría de estos programas incluyen algún método dirigido a la inhibición de la respuesta impulsiva o reactiva. Para ello, se diseñan una serie de pasos de resolución de problemas

que el menor va superando mediante la secuencia cognitivo-conductual habitual (reconocer un problema, considerar respuestas alternativas, seleccionar la respuesta más adaptativa y llevarla a cabo). El terapeuta adopta un rol muy activo en estos programas, modelando las habilidades que han sido enseñadas, utilizando técnicas de role-playing, apoyando y reforzando las habilidades adquiridas y animando a su implementación en diferentes entornos. Muchos de estos diseños están desarrollados también para un formato grupal. No obstante, una limitación fundamental de estos tratamientos, consiste en la dificultad para generalizar las habilidades adquiridas a entornos distintos al terapéutico, aspecto que se intenta minimizar con la colaboración en el programa de miembros de la vida cotidiana del menor (padres, profesores, educadores) que les ayuden a poner en práctica lo aprendido en sus distintos entornos vitales o incluso a desarrollar el tratamiento en lugares distintos al sanitario (Frick 2001).

En un meta-análisis realizado por Sukhodolsky et al (2003) en base de 21 artículos publicados y otras 19 investigaciones sin publicar, hallaron cómo las técnicas terapéuticas que enseñan comportamientos más adaptativos (como entrenamiento en habilidades sociales) fueron más efectivas que los tratamientos que intentan modificar constructos cognitivos internos que se creen relacionados con los síntomas disruptivos. Tratamientos encaminados a la resolución de problemas fueron más efectivos en reducir la sensación interna de rabia.

Perisse et al (2006) en su revisión también constatan el hecho de que es generalmente el entrenamiento en resolución de problemas el tipo de técnica de TCC que más se indica en estos casos. Se parte de la premisa de que cuando una situación es percibida como hostil por el menor éste tenderá a reaccionar de un modo agresivo o disruptivo. Se intervendrá entonces en la modificación de estas atribuciones y en la elección posterior del tipo de comportamiento a desarrollar. Estos autores concluyen destacando la eficacia demostrada de estos modelos, especialmente para niños de edad a partir de 10-11 años, puesto que se precisa un cierto desarrollo cognitivo para poder participar.

Sin embargo, la duración del efecto de la terapia en el tiempo no está del todo claro. Algunos estudios indican que persiste la mejoría incluso un año después de finalizado el tratamiento, mientras otros sugieren que muchos menores no consiguen mantener dicha mejoría (Eddy 2006).

Existen también intervenciones de TCC realizadas a través de *medios de comunicación*, las cuales han sido evaluadas mediante un meta-análisis (Montgomery et al 2006) en el que se demuestra su eficacia y se recomienda su utilización al menos para los casos menos graves, lo cual favorece la difusión de este tipo de tratamientos a un mayor grupo de población a un bajo coste.

No obstante, es importante reseñar cómo los adolescentes con problemas de conducta suelen presentar déficits en el lenguaje expresivo, lo cual unido a las habituales dificultades en las funciones ejecutivas que les caracteriza y al funcionamiento frecuentemente impulsivo les limita la capacidad de expresar emociones en palabras y en reconocer su estado emocional o cogniciones internas. Esto puede acarrearles dificultades a la hora de llevar a cabo este tipo de psicoterapia (Rappaport y Thomas 2004).

2) Psicoterapia grupal

La psicoterapia grupal parte de la idea de que el contacto no supervisado de menores con alteraciones de conducta con otros antisociales juega un papel fundamental en la escalada y mantenimiento de los problemas de conducta en el adolescente, especialmente si no se hallan supervisados por adultos que contrarresten dichas identificaciones. Del mismo modo, el contacto supervisado por adultos con iguales que no presentan problemas de conducta conlleva el desarrollo de comportamientos más positivos en estos sujetos. (Eddy 2006).

El tipo de abordaje grupal más extensamente documentado en cuanto a su eficacia para este tipo de pacientes es el entrenamiento en resolución de problemas (Eddy 2006).

Van Manen et al (2004) realizan el primer estudio randomizado, controlado, para investigar

el efecto de un tratamiento cognitivo grupal (programa de intervención cognitivo-social basado en la teoría de Dodge del procesamiento de la información social) en comparación con una intervención grupal de entrenamiento en habilidades sociales y otro grupo de pacientes en lista de espera. La edad de los menores con TC era de 9 a 13 años. Finalmente hallaron cómo los dos grupos de tratamiento produjeron un incremento significativo del comportamiento social apropiado, habilidades socio-cognitivas, y autocontrol, así como un descenso significativo en el comportamiento agresivo. Pero además, el grupo que recibió la intervención cognitiva experimentó una mejoría de mayor intensidad. Con ello los autores concluyen que, el tratamiento cognitivo en este tipo de pacientes incrementa la eficacia de un tratamiento focalizado únicamente en el entrenamiento de habilidades sociales, conclusión que no es corroborada por otros autores, como en el meta-análisis realizado por Sukhodolsky et al (2003) que hemos comentado en el apartado dedicado a la Terapia Cognitivo Conductual.

Un abordaje específico diseñado para adolescentes con conductas agresivas es el programa ART («*Aggression replacement training*», Entrenamiento de reemplazamiento de agresión), el cual es una intervención multimodal dirigida a promover el comportamiento prosocial en los adolescentes crónicamente agresivos. Es un abordaje diferenciado en tres componentes: (1) desarrollo de habilidades conductuales (cómo realizar una queja, entendiendo los sentimientos de otros, preparándose para una conversación difícil, enfrentándose con la rabia de otro, manteniéndose apartado de peleas, ayudando a otros, enfrentándose a una acusación, enfrentándose a la presión del grupo, expresar afecto, responder a un fracaso), (2) entrenamiento de control de la rabia-ira (es el componente emocional del programa) y (3) entrenamiento en razonamiento moral (componente de valores del programa). Este programa se realiza en tantas sesiones como sea preciso, en frecuencia de tres veces a la semana. La eficacia de este tratamiento ha sido evaluada en varias investigaciones, especialmente de casos graves de adolescentes delincuentes con mejoría evidenciada tanto a

nivel del desarrollo de un mejora autocontrol, conducta prosocial y mejora en el razonamiento moral (Reddy et al 2004).

También otras técnicas grupales han documentado su eficacia. Por ejemplo técnicas de grupo de orientación psicoanalítica (grupo grande, o grupo estandar) han sido foco de publicaciones de experiencias clínicas determinadas (Carlin 1996; Billow 2004).

Se han diferenciado dos tipos de grupos en los que tratar a estos pacientes: los grupos específicos de menores con problemas de conducta, y otros de adolescentes con diferentes patologías. Se ha planteado que resulta más conveniente el segundo tipo de grupos para el abordaje de estas patologías, para intentar minimizar la estigmatización y no favorecer identificaciones grupales negativas que contrarrestarían el efecto de la intervención psicoterapéutica (Peterson y Sheldon 2006). Partiendo de esta premisa, los investigadores han hipotetizado que el minimizar el contacto con iguales transgresores y maximizando el contacto con pares prosociales en lugares supervisados provoca un descenso en las conductas disociales. Por ello, se han desarrollado programas de intervenciones grupales comunitarios, los cuales se realizan con una frecuencia semanal a lo largo de todo el curso escolar. El fundamento teórico de estos grupos está en la propia teoría de dinámica grupal además de en aspectos del aprendizaje social. Parece además que los grupos que resultan más eficaces para los adolescentes disruptivos son aquellos en los que se mezclan con adolescentes que presentan otras problemáticas y no en los que se centran de modo monográfico en los problemas de conducta, los cuales incluso en ocasiones aportan evoluciones más negativas (Eddy 2006).

Sin embargo, investigaciones como la realizada por Mager et al (2005) pone en entredicho este supuesto. Estos autores comparan la eficacia de intervenciones grupales de entrenamiento en habilidades de resolución de problemas entre grupos en que todos los miembros adolescentes presentaban alteraciones de conducta (grupos «puros») respecto a otros grupos en los que los adolescentes presentan diferentes pato-

logías (grupos «mixtos»). Con una casuística de 139 menores estos autores encuentran que los adolescentes de los grupos «puros» desarrollan comportamientos más adaptativos durante las sesiones y reciben puntuaciones menores en cuanto a conductas externalizantes en los cuestionarios de conducta evaluados por sus padres y profesores una vez finalizada la intervención psicoterapéutica. Por contrario, la influencia negativa si se percibió en los grupos mixtos, en los que se hallaron puntuaciones peores una vez finalizada la intervención.

En los últimos años han aparecido investigaciones en las que se evalúa la eficacia de la Terapia Dialéctica Comportamental (TDC) de Linehan aplicada a adolescentes con TC. Aunque este modelo terapéutico fue diseñado específicamente para el tratamiento de Trastorno límite de la personalidad (TLP) (Linehan 1993, 2003), se ha aplicado en muestras de adolescentes con problemas conductuales al presentar éstos aspectos clínicos semejantes a los adultos con TLP: desregulación emocional, dificultades en las relaciones interpersonales y baja respuesta al estrés. Una de estas investigaciones es la llevada a cabo por Nelson-Gray et al (2006), en la que aplican todos los componentes de los cuatro módulos de formación de habilidades: habilidades básicas de conciencia, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación de las emociones y habilidades de tolerancia al malestar (con ciertas adaptaciones a la edad de los sujetos) a una muestra de adolescentes con Trastorno Negativista Desafiante. Plantean la necesidad de utilizar una técnica psicoterapéutica que incida directamente en la mejoría, en el cambio, del propio adolescente, y no centrarse tanto en técnicas dirigidas a padres, los cuales, en los casos de TC del adolescente suelen mostrar un menor nivel de colaboración o presencia que en el caso de niños, por lo que no suelen resultar ser abordajes psicoterapéuticos eficaces como tratamiento único. Utilizan este abordaje teórico en su formato grupal con la finalidad de que las habilidades aprendidas se pudieran generalizar en las relaciones con otros miembros del grupo. Los resultados que señalan estos autores son alentadores: hallan una reducción significativa de los síntomas del Trastorno Nega-

tivista Desafiante (según valoración con DISC-P, *Diagnostic interview Schedule for children, parent version*) y de síntomas externalizantes (medidas por el CBCL, *Child Behavior Checklist*) así como mejoría en las fortalezas interpersonales (medidas por la escala BERS, *Behavioral and emotional rating scale*) según la valoración de cuidadores. Además los menores informaron de una reducción significativa en los síntomas internalizantes y en la puntuación total de la YSR (*Youth Self-report*) y en depresión (según CDI, *Child Depression Inventory*). Por lo tanto el tratamiento mostró ser eficaz no solamente por producir un descenso en los comportamientos negativos, sino también por producir paralelamente un incremento de conductas positivas.

Sin embargo, otras investigaciones que han utilizado esta misma técnica psicoterapéutica (DBT) para pacientes adolescentes no han hallado resultados tan alentadores. Una de estas es la publicada por Trupin et al (2002), en la que aplican este modelo teórico a una muestra de mujeres adolescentes encarceladas por delitos juveniles. Si bien es verdad que el perfil patológico de esta muestra es de mayor gravedad que el caso anterior. Se evidenció un descenso en los problemas de conducta de estas menores en un determinado grupo de pacientes, pero no en el total de la muestra (centros de justicia) estudiada.

Por último, comentar una propuesta reciente de tratamiento grupal de adolescentes con TC mediante un entrenamiento en mindfulness (tratamiento fundamentado en técnicas de meditación), unido a una intervención del mismo tipo dirigida a padres (Bögels et al 2008) o como tratamiento único (Singh et al 2007). Los primeros autores aplican este modelo a un pequeño número de casos al que comparan con otro en lista de espera. Obtienen resultados positivos tanto en la autovaloración llevada a cabo por los menores como en la evaluación realizada por padres, especialmente referidos a una mejoría en los problemas internalizantes y externalizantes, atencionales y autocontrol. Por su parte el equipo liderado por Singh publican resultados positivos respecto al tratamiento de casos clínicos aislados de adolescentes con TC, específicamente el control y cese de conductas

agresivas, mediante un entrenamiento específico en mindfulness (*Meditación en la planta de los pies*). No obstante, aún es preciso realizar más estudios con este abordaje terapéutico para poder generalizar los hallazgos.

3) Intervenciones dirigidas a la familia y a los padres

Como señalamos en la introducción determinados aspectos de la dinámica familiar juegan un papel muy relevante en el desarrollo o mantenimiento de los trastornos de conducta en la adolescencia. Estos aspectos son fundamentalmente la inadecuada supervisión o control parental, los trastornos psiquiátricos en padres y la conflictiva intrafamiliar e interparental (Anant y Raguram 2005). Por ello, se han diseñado intervenciones psicoterapéuticas específicas, entre las que vamos a abordar el Entrenamiento a padres, Terapia de familia, Terapia multisistémica (TMS) y la Intervención Multidimensional de Adopción temporal.

La Terapia familiar funcional, Terapia multisistémica y la Intervención Multidimensional de Adopción temporal son programas valorados como «*Blueprints*» por el Centro para el Estudio y Prevención de Violencia (*Center for the Study and Prevention of Violence*) de la Universidad de Colorado en Boulder (USA) por haber demostrado, según el criterio de esta relevante institución, su eficacia en la reducción de las conductas agresivas, delictivas, criminales o de abuso de alcohol o sustancias en el adolescente. El primero de estos abordajes lo trataremos en este apartado, los siguientes dos los trataremos en más detalle en el siguiente apartado dedicado a intervenciones comunitarias.

En una revisión realizada por Woolfenden et al (2002; cit. en Doughty C, 2005) destaca la influencia positiva de intervenciones familiares y con padres de adolescentes que presentan trastornos de conducta y delincuencia. El efecto beneficioso de estas intervenciones redundará en un decremento del tiempo que el menor permanece institucionalizado y de la actividad delictiva, aunque insisten en la necesidad de llevar a cabo más investigaciones que estudien la efectividad o no de estas intervenciones.

Entrenamiento a padres. Este tipo de abordaje terapéutico ha sido muy extendido, especialmente para el tratamiento de niños con problemas de conducta. Se han realizado múltiples estudios, controlados y randomizados, en los que se ha evidenciado la eficacia. El eje de estos programas se basa en la modificación de los patrones de interacción padres-hijo los cuales se hipotetizan como la causa o el refuerzo de las conductas disruptivas (Perisse et al 2006).

La base teórica sobre la que se fundamentan es la teoría conductual, en el manejo de contingencias.

En general se ha constatado que la mejoría en niños con conductas desafiantes cuyas familias siguen estos abordajes oscila entorno al 64% de los casos; sin embargo, cuando se utiliza sólo este abordaje (entrenamiento conductual a padres) con adolescentes desafiantes el porcentaje de casos que mejoran desciende al 25%, incrementando hasta el 35% si se incluye también un abordaje de entrenamiento en comunicación para resolución de problemas. La razón de esta menor efectividad en el caso de los adolescentes se debe a la menor influencia que se ejerce en la conducta de éstos mediante la intervención ambiental, paralelamente a la mayor influencia que ellos ejercen en su ambiente. Estos adolescentes probablemente llevarán más años utilizando de un modo efectivo el comportamiento coercitivo sobre su entorno (físico y verbal), puede que presenten un problema de conducta más severo y padezcan un trastorno psiquiátrico franco además de poder venir de un trasfondo social y familiar más disruptivo o alterado y con mayor nivel de estrés marital y psicopatología de padres. Es en estos casos en los que con más frecuencia se evidencian abandonos de la terapia, además de la menor eficacia anteriormente comentada (Barkley et al 1999).

Además de las múltiples investigaciones que han referido el éxito de estos programas para población infantil a continuación destacaremos investigaciones realizadas específicamente con población adolescente con problemas de conducta.

Irving et al (1999, cit. en Doughty C, 2005) compara la eficacia del programa «Adolescent Tran-

sition Program (ATP)» con un grupo en lista de espera. Se trata de un entrenamiento conductual a padres en habilidades para el manejo de sus hijos adolescentes con problemas de conducta en doce sesiones de periodicidad semanal. Mediante esta intervención los padres mejoraron su modo educativo, siendo menos coercitivo y reactivo, más hábiles para instaurar refuerzos apropiados a la conducta, planteando expectativas y definiendo problemas, colocando límites y resolviendo situaciones problemáticas. Paralelo al programa se evidenció una reducción en las alteraciones de conducta de los menores.

Wolchik et al (2002, cit. en Doughty C, 2005) realizan una intervención dirigida a madres divorciadas a cargo de hijos con problemas de conducta. El «New Beginnings Program». Comparan un grupo en el que la intervención va dirigida a madres (once sesiones grupales y dos individuales) con otro grupo en el que se añade a la intervención anterior once sesiones grupales para el niño y un grupo control al que únicamente se le provee de libros de autoayuda. Los adolescentes de los dos primeros grupos mostraron una reducción de los síntomas de trastornos mentales, de los comportamientos externalizantes, consumo de alcohol y marihuana. Parece además que el beneficio fue mayor para aquellos que partían de un mayor nivel previo de problemas.

Barkley et al (1999) desarrolla un programa en 18 sesiones en el que además del entrenamiento conductual a padres introduce un abordaje específico de entrenamiento en comunicación para resolución de problemas en el que se incorpora al adolescente, se insiste en la importancia del desarrollo de habilidades de comunicación y se finaliza con un apartado cognitivo (dirigido por separado a padres e hijo) en el que se afrontan las creencias irracionales de ambos que generan falsas expectativas y fundamentan las alteraciones de conducta. Es un programa diseñado específicamente para adolescentes de 13 a 18 años, que no presenten comportamientos intensamente agresivos o violentos hacia otros puesto que en ellos este programa podría facilitar la escalada de conflictos familiares. El porcentaje de éxito máximo esperado, como hemos destacado anteriormente, es del 35%.

Obsuth et al (2006) describen los efectos beneficiosos de un programa de intervención grupal psicoeducativo con padres de adolescentes con problemas de conducta basado en la teoría del apego. El foco del programa se centraba en incentivar el desarrollo de apego seguro entre padres e hijos (capacidad reflexiva en los padres, sensibilidad, y efectiva regulación afectiva de la diada relacional). El incremento de competencia en estos dominios facilita a los padres el desarrollo de habilidades para reenmarcar los comportamientos del hijo adolescente y sus necesidades, modular su propia respuesta emocional hacia un comportamiento problemático, y para la utilización de estrategias que apoyen la relación padres-hijo a la vez que se mantienen claros límites y expectativas. Este programa se lleva a cabo en diez sesiones semanales obteniendo finalmente unos resultados positivos: los padres revelaron una mejoría significativa en la autopercepción de su competencia parental y satisfacción secundaria, reducción del comportamiento agresivo en el adolescente, de los problemas internalizantes y externalizantes, y menores niveles de relación evitativa entre padres e hijo.

Terapia de familia

Esta técnica psicoterapéutica, en sus diferentes modelos, se ha aplicado extensamente para el tratamiento de adolescentes con conductas disruptivas. Parte de la base teórica que señala a los patrones de comunicación verbal y no verbal de la familia como la causa, el desarrollo y el mantenimiento de los problemas de conducta del menor. Las alteraciones de conducta del adolescente representarían un síntoma problemático mediante el cual se mantiene la homeostasis dentro del sistema familiar (Eddy 2006).

En la revisión de Cottrell y Boston (2002) los autores concluyen que existe buena evidencia de la eficacia de las terapias sistémicas para el tratamiento de los trastornos de conducta, de abuso de sustancias y los trastornos de conducta alimentaria. Para los trastornos de conducta en niños sugieren como tratamiento de primera elección el entrenamiento a padres, mientras que los tratamientos sistémicos se indicarían especialmente en pre-adolescentes y adolescen-

tes, así como en casos de familias con problemas múltiples y complejos.

En un estudio comparativo entre Terapia familiar estructural y Psicoterapia individual psicodinámica (Cottrell y Boston, 2002) en varones de 6 a 12 años con problemas de conducta, se evidenció cómo ambos tratamientos fueron efectivos en cuanto a la mejoría evidenciada en el menor, mejoría mantenida al año del alta. Sin embargo, la terapia familiar aportó una mayor estabilidad al funcionamiento familiar, que continuaba al año de finalización de la terapia, y no así la psicoterapia individual.

Terapia familiar funcional (TFF) es un tipo de terapia de familia intensiva que incorpora elementos de la teoría cognitivo-conductual. Se trata de un tratamiento de corta duración (90 días) que se lleva a cabo en centros asistenciales, o escolares o a domicilio. Se fundamenta en la conceptualización del comportamiento como representación del sistema familiar relacional, por lo tanto indicativo de la funcionalidad de la familia, la meta del tratamiento es conseguir un cambio en los patrones de interacciones y comunicaciones para promover un funcionamiento familiar adaptativo. Se realiza en un abordaje en tres fases: en la primera se trabaja el enganche y la motivación del sistema familiar en la terapia, para continuar en la segunda trabajando en el cambio conductual y en la tercera y última se focaliza en la generalización del cambio comportamental en otros entornos o sistemas sociales (Littel, Winsvold et al 2007).

La TFF ha demostrado su eficacia en el tratamiento de adolescentes delincuentes, en cuanto a la reducción de reincidencias en sus conductas delictivas (Cottrell y Boston, 2002).

4) Intervenciones comunitarias

Dentro de las intervenciones comunitarias la *Terapia Multisistémica* (TMS) ha sido uno de los abordajes utilizados para este tipo de pacientes desde el primer artículo que publicó Henggeler en 1986. Se trata de una intervención multifactorial, a corto plazo, basada en el ámbito domiciliario y comunitario. Fundamentada en la teoría de los sistemas sociales, ecológicos y familiares, y en

investigaciones sobre las causas y las relaciones del comportamiento antisocial grave en los jóvenes. Diseñada específicamente para el abordaje de los trastornos psicosociales complejos y proporcionar alternativa a medidas terapéuticas más restrictivas como la hospitalización o el internamiento en residencias u hogares funcionales.

Según la descripción de su autor original, Henggeler, la TMS utiliza un «modelo de prestación de servicios de preservación familiar» que proporciona servicios por tiempo limitado (4-6 meses) a toda la familia. Los equipos terapéuticos están formados por terapeutas y asistentes sociales, quienes supervisados por psicólogos clínicos o psiquiatras, se hallan disponibles para intervención con un reducido número de familias las 24h al día, 7 días a la semana. Se trata de un tratamiento individualizado para abordar las necesidades específicas de los jóvenes y las familias (entrevistas realizadas habitualmente en el hogar), e incluye el trabajo con otros sistemas sociales como el centro escolar o grupos de pares. Las estrategias de intervención se centran en modelos de terapia familiar estratégica, terapia familiar estructural y terapia cognitivo-conductual (Littel, Popa et al 2007).

Según destacan Cottrell y Boston en su revisión (2002) este tipo de tratamiento ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de adolescentes con conductas delictivas en cuanto al cese de conductas y el descenso de reincidencias. No obstante, señalan que aún no queda claro cuál de los múltiples aspectos terapéuticos que este modelo cubre es el que aporta el mayor grado de efectividad.

Ogden y Hagen (2006) en Noruega, hallan un mayor descenso en los problemas de conducta y delincuencia (evaluado por pacientes, familia y profesores) y en los emplazamientos residenciales fuera del hogar en el seguimiento a dos años de un grupo de adolescentes con serios problemas de conducta que fueron sometidos a tratamiento con TMS respecto a aquellos que recibieron el tratamiento habitual de los servicios sociales de su país.

Aunque la TMS se trate de una técnica terapéutica intensiva no está indicada en todo tipo

de pacientes. Según Martens (2004) estaría indicada en los casos de adolescentes con conductas antisociales con familias motivadas para el tratamiento siempre que el adolescente no esté severamente (a) emocional, social o moralmente alterado y/o traumatizado, (b) abusado, rechazado o abandonado por sus familiares, (c) rabioso, hostil o rencoroso, (d) en riesgo de redelinquir; y siendo capaz de cooperar con sus familiares y los terapeutas en el tratamiento. En los casos de jóvenes severamente afectados, abusados o abandonados aconseja como tratamiento de elección el internamiento en comunidad terapéutica hasta que el paciente desarrolle suficiente fortaleza yoica para poder derivarle a un programa de TMS.

Según un meta-análisis llevado a cabo por Woolfenden SR et al (2002) en el caso de menores de 10 a 17 años con problemas de conducta y actos delictivos las intervenciones dirigidas a la familia y a los padres, especialmente la TMS y la Intervención Multidimensional de Adopción Temporal (*Multidimensional Intervention Foster Care*) tienen efectos benéficos en cuanto a la reducción del tiempo de permanencia en instituciones por parte de estos menores delincuentes.

Sin embargo, estos resultados positivos en cuanto a la eficacia de esta técnica terapéutica no han sido corroborados en el meta-análisis llevado a cabo por la Biblioteca Cochrane (Littell, Popa et al 2007). Según estos autores las pruebas disponibles sugieren que la TMS no siempre resulta más efectiva que otras intervenciones para los jóvenes con trastornos sociales, emocionales o de conducta. Tampoco hay pruebas de que la TMS tenga efectos perjudiciales en comparación con terapias individuales o los servicios de asistencia habituales. No existen tampoco pruebas de que otras intervenciones conocidas sean más efectivas que la TMS, sin embargo, aún existen carencias en el conocimiento acerca de la implementación generalizada de la TMS, sus efectos a largo plazo y los mecanismos de cambio importantes. Además hay que tener presente lo costoso de esta intervención terapéutica (entorno a 5.000 \$USA por caso), por lo que si no reduce los costes a largo plazo del encarcelamiento, la hospitalización, la reinci-

dencia de conductas problemáticas (como han evidenciado a través de la revisión), es posible que no sea efectiva en función de los costes en comparación con otras alternativas menos costosas. Es por lo tanto necesario realizar estudios adicionales e independientes para confirmar o refutar la hipótesis de que la TMS tiene efectos significativos sobre otros servicios.

Un modelo de intervención comunitario que incluye diferentes técnicas terapéuticas es el *FIT, Family Integrated Transitions* (Lee 2008) del estado de Washington, USA. Se trata de un programa diseñado para ayudar en la transición al hogar a adolescentes delincuentes que retornan a sus familias tras cumplir una medida judicial en centro de Justicia Juvenil. Se trata de un programa de tratamiento individual, familiar y comunitario que se instaura dos meses antes de la puesta en libertad del menor y continúa durante los cuatro meses posteriores a la misma. Los elementos terapéuticos de FIT son TMS (intervención familiar, con pares y en centro escolar), intervención motivacional para favorecer el cumplimiento del tratamiento, trabajo en prevención de recaídas y formación a paciente y padres en habilidades psicosociales acorde al modelo de la Terapia dialéctica comportamental. Este tratamiento ha demostrado ser eficaz al hallarse que los jóvenes que siguieron este programa mostraron un 30% menos de recidiva de conductas delictivas graves que aquellos que no lo realizaron.

Dentro de los modelos de *Intervención Multidimensional de Adopción Temporal (IMAT)*, destaca el *Oregon Treatment Foster Care (OTFC)*. Se tratan de modelos de intervención dirigidos a adolescentes con severos problemas de conducta y actos delictivos repetidos sin capacidad de contención en su medio habitual. En ellos se plantea este emplazamiento residencial como última posibilidad antes que optar por otros dispositivos más restrictivos. Los jóvenes residen en una familia de acogida seleccionada por tratarse de padres entrenados en el manejo de jóvenes de estas características. La duración del tratamiento oscila entre cuatro y seis meses aproximadamente. El tratamiento es multimodal, de orientación conductual y multisistémico,

implicando al paciente, a la familia de acogida y la biológica o adoptiva, el entorno escolar o laboral y social. Los estudios de eficacia que se han llevado a cabo demuestran un menor índice de reincidencias en las conductas delictivas, mayor tiempo de permanencia con sus familias al alta del proyecto, y menos días de detención. No obstante son escasos los estudios realizados, y los periodos de seguimiento de un máximo de dos años, por lo que se precisa aún de una mayor evidencia científica para avalar estos dispositivos (Henggeler y Sheidow 2003).

Un estudio realizado en Suecia (Gustle et al 2007) para valorar la gravedad de la clínica de los pacientes adolescentes que se derivan a los programas avalados como «Blueprints» por el CSPV (*Center for the Study and Prevention of Violence of the University of Colorado*) (Terapia familiar funcional, Terapia multisistémica y la Intervención Multidimensional de Adopción temporal) halló que los derivados a los dos últimos programas (TMS y IMAT) son menores con una mayor carga sintomática (lo cual va de acuerdo con la mayor intensidad de estos programas). No existía diferencia en cuanto a la gravedad clínica de los adolescentes derivados a estos dos últimos programas, ni tampoco diferencia entre ellos y los derivados a Unidades de hospitalización psiquiátricas, evidenciando de este modo la intensa gravedad de estos sujetos.

5) Tratamiento hospitalario

El tratamiento hospitalario de estas patologías se lleva a cabo en dos modalidades: Unidades de corta estancia y Unidades de ingresos de media estancia. En nuestro entorno carecemos del segundo tipo de abordaje.

Tratamiento hospitalario en Unidades de corta estancia

Como hemos referido anteriormente las alteraciones de conducta son una causa común de ingreso psiquiátrico en Unidades hospitalarias de corta estancia.

Como Jeammet (2002) opina, «es en ocasiones este recurso el único modo de poder contener a un Yo desbordado y fijarle límites y constriccio-

nes, que a veces constituyen la única manera de contrarrestar las fuerzas internas que le resultan desorganizadoras, irresistibles, sin existencia de fuerzas de oposición exterior suficientes». Ello lleva a la necesidad de un ingreso psiquiátrico para contención y evaluación. Pero también es el momento ideal para comenzar con un tratamiento específico del TC y problemática individual de cada caso. Es un momento en el que paciente y entorno reflejan su situación de crisis que es importante entender y dar respuesta de modo intensivo y adecuado para poder reconducir, o iniciar en ocasiones, el tratamiento dirigido a su problemática de base.

Hansson y colaboradores (2004) reflexionan sobre la trascendencia del ingreso psiquiátrico de un adolescente por esta patología. Plantean cómo una intervención, aunque sea breve pero intensiva, puede convertirse en un suceso que sirva para cambiar la vida del paciente. Añaden que otra posible explicación de lo beneficioso del ingreso se fundamenta en la teoría del incidente crítico: un evento vital que acontece y provoca un impacto que modifica la vida del paciente (y más en un momento de la vida especialmente «mutable» como es la adolescencia). Señalan que este hecho probablemente no se lleva a cabo si el ingreso no es valorado y aceptado por el menor como un proyecto internalizado que es percibido como significativo. El deseo del joven de realizar cambios significativos en su propia perspectiva vital es esencial para el éxito de cualquier programa de tratamiento.

A pesar de la frecuencia con que se requiere de esta medida terapéutica, poco se ha publicado sobre las peculiaridades del tratamiento que se precisa realizar en esos momentos con los menores con TC, más allá del manejo e intervención de las conductas agresivas. El resto de intervenciones se engloban en el concepto de intervención en crisis, sin documentarse un tratamiento más específico. Falta por lo tanto por diseñar un abordaje psicoterapéutico específico y eficiente para estos pacientes, por lo que se precisan de más investigaciones al respecto (Knox et al 2004).

Kashani et al (2000) concluyen que las medidas terapéuticas a llevar a cabo a nivel hospitalario

en estos casos deberían incluir una intervención cognitiva dirigida a su anómalo procesamiento del pensamiento (por ejemplo: control y expresión de la rabia), en las relaciones con pares (ej: relaciones con otros menores transgresores) y con la familia (conflictos familiares, ej: relaciones padres-hijo).

Malone et al (1997) destaca la efectividad del ingreso psiquiátrico como medida terapéutica en sí misma a través del milieu terapéutico que se genera en las Unidades. Realiza un estudio con adolescentes que han ingresado por presentar TC y observa cómo prácticamente la mitad de los pacientes (47,7%) dos semanas después del ingreso no presentaban síntomas de agresividad medidos con la escala OAS (Overt Aggression Scale) estando en una pauta farmacológica con placebo. De este modo estos autores defienden no indicar medicación alguna a estos pacientes hasta pasado más tiempo de ingreso, para que únicamente se indique tratamiento psicofarmacológico a aquellos en los que los abordajes psicoterapéuticos y la influencia terapéutica del milieu no hayan sido suficientes.

La Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry), como hemos mencionado anteriormente en este informe, resume en sus directrices (Practice Parameter for the Prevention and Management of Aggressive Behavior in Child and Adolescent Psychiatric Institutions, 2002) como intervenciones terapéuticas a llevar a cabo en las Unidades de hospitalización psiquiátrica, grupos de manejo de la ira y de entrenamiento en habilidades sociales, así como un trabajo con familias y servicios sociales implicados en el caso. Así mismo, para el manejo de los episodios de agresividad recomienda iniciar la intervención mediante medidas de escalada, y solamente llegar a procedimientos más extremos (aislamiento o sujeción) en ocasiones en que la clínica lo requiera y que las intervenciones anteriores no hayan resultado eficaces.

Masters (2005) defiende la utilización de terapia cognitivo-conductual como tratamiento en las Unidades de hospitalización breve, incluso en

ingresos de días de duración (5-10 días), dentro de una intervención en crisis. Se centra sobre todo en sesiones individuales diarias en las que se trabajan aspectos de reestructuración cognitiva. Además, se programan sesiones con familia al final del ingreso, en las que el paciente demuestra y practica las habilidades de control emocional que ha aprendido focalizando en las situaciones que precipitaban su descompensación previamente al ingreso. De este modo se pretende favorecer la continuación de la mejoría y la generalización de la misma en su entorno al alta.

Dentro de las técnicas de escalada que se recomiendan para la intervención en caso de agresividad o descontrol conductual destaca el protocolo de intervención diseñado por el equipo de Barnett, DosReis y The Maryland Youth Practice Improvement Committee for Mental Health (Barnett et al 2002, Dos Reis et al 2003), protocolo que hemos incluido en el abordaje de este tipo de patologías realizado en el hospital de Basurto.

Tratamiento hospitalario en Unidades de media estancia

Además de tratamiento en Unidades de corta estancia se ha visto que son útiles en ocasiones de trastornos graves los tratamientos de una mayor duración, lo que denominamos Hospitalizaciones de media estancia.

Apoiando la eficacia de estos recursos destacamos publicaciones como la de Leichtman et al (2001) de la clínica Menninger de Kansas. Estos autores constatan cómo un programa de ingreso psiquiátrico de media estancia de las mismas características que una Unidad de Agudos resulta efectivo para adolescentes con severos trastornos de personalidad, TC, trastornos afectivos y psicóticos. Con una estancia de tres meses de duración valoran la eficacia de su programa comparando a tres y doce meses al alta. La mejoría obtenida durante la hospitalización medida mediante el CBCL, la escala de funcionamiento CAFAS (*Child and Adolescent Functional Assessment Scale*) y el CGAS (*Children Global Assessment Scale*) se mantiene estable en todo ese intervalo de tiempo.

6) Tratamiento residencial

El tratamiento residencial de adolescentes que presentan conductas disruptivas en nuestro medio asistencial sanitario es excepcional. Si se halla este tipo de abordajes en el entorno social (Protección a la Infancia) o en centros pertenecientes a Justicia Juvenil, aunque en estos casos la finalidad primera del emplazamiento residencial no es la terapéutica.

Dentro del marco de salud mental, se recurre a tratamiento residencial de menores con TC en algunas ocasiones sobre todo en entornos de *comunidades terapéuticas* para tratamiento primario de toxicomanías, y más raramente para adolescentes no adictos con problemas de conducta.

Se trata de un tratamiento intensivo, multimodal, alojado el joven fuera de su entorno habitual durante un periodo de tiempo de varios meses de duración, en un marco menos restrictivo que el que caracteriza a una hospitalización psiquiátrica en Unidad de Agudos.

Dentro de las investigaciones realizadas en este campo del abordaje residencial de los TC en la adolescencia destaca la realizada por Scholte y van der Ploeg (2005) en la que comparan los diferentes tipos de intervención residencial existentes en Holanda. Diferencian cuatro tipos de regímenes residenciales: (1) centrado en la terapia de modificación de conducta (tratamiento estándar, el más común), (2) tratamiento psicodinámico (específicamente designado para menores que presentan severos problemas comportamentales y emocionales debido a negligencia en los cuidados parentales durante los primeros años de la infancia), (3) aprendizaje aventurero («adventurous learning») para menores con severos problemas de conducta, emocionales y de personalidad, llevados a cabo en ambientes sociales completamente nuevos para el menor donde las condiciones de vida representan un cierto desafío para su autocuidado y precisan de la cooperación con los iguales para su vivir en el día a día, (4) tratamiento en comunidad altamente estructurada (para adolescentes con patologías psicóticas,

como Autismo y Trastorno generalizado del desarrollo).

Estos autores analizan la efectividad de estos programas a un año de su inicio y encuentran que el tratamiento de aprendizaje aventurero y el altamente estructurado obtienen los mejores resultados, seguidos del tratamiento psicodinámico, y en último lugar el específicamente centrado en modificación de conducta.

Esta investigación resulta altamente interesante puesto que plantea el grado de efectividad de diferentes tipos de programas de intervención residencial con adolescentes con TC. En nuestro entorno es extrapolable al trabajo que se realiza con menores en centros del Servicio de Protección a la Infancia, especialmente en aquellos destinados específicamente a adolescentes con problemas de conducta, o los adolescentes en centros pertenecientes al Departamento de Justicia, sobre todo los que se hallan cumpliendo medidas de internamiento terapéuticos.

Otros centros residenciales, como el caso de Caldwell et al (2007), están destinados de modo específico para tratamiento de TC severos que han cometido actos delictivos. Centros que en nuestro entorno no se hallan en la red de Salud Mental. Estos autores centran su abordaje terapéutico en conceptos clave como la teoría del control social. Esta teoría plantea que la delincuencia aparece cuando las conexiones sociales que unen al menor con la sociedad convencional y que controlan su comportamiento se rompen o dañan. Si un menor delincuente es capaz de establecer uniones sociales convencionales el comportamiento criminal se reducirá. El programa que ellos desarrollan enfatiza el proceso interpersonal, la adquisición de habilidades sociales y el desarrollo de uniones sociales convencionales para desplazar las actividades y asociaciones delictivas. Aportan también abordaje escolar, psicoterapia individual, terapia grupal centrada en el manejo de la rabia, entrenamiento en habilidades sociales y en resolución de problemas, además de intervención centrada en el abuso de sustancias y en aspectos relacionados con la conducta sexual.

También existen en otros países regímenes residenciales en forma de campamentos de verano con disciplina que asemeja la militar para incidir en los adolescentes con TC. Este tipo de dispositivos han sido el foco de pocas investigaciones para evaluar su efectividad. Destacamos la realizada por Weis et al (2005) sobre una intervención de estas características en un formato de 22 semanas de duración. Evidencian una reducción clínica y estadísticamente significativa de los problemas de conducta de los adolescentes que siguen el programa de campamento de verano. El tratamiento también se asoció con una mejoría en el rendimiento académico o laboral y un descenso en el consumo de alcohol y drogas o de detenciones. La evolución posterior del menor tras esta intervención se vio influenciada por el tipo de ambiente en el que el adolescente residió al finalizar el campamento. Otros autores, sin embargo, se muestran más críticos hacia estos dispositivos y aseguran que no han demostrado aún su eficacia para el tratamiento de menores con TC (Waddell et al 1999).

La eficacia de este tipo de tratamiento se ha valorado más en otros países donde son recursos más habituales. En este sentido destacamos la revisión realizada por Hair (2005) en base a las investigaciones publicadas en la década de 1993-2003. Concluyen de modo positivo respecto a este recurso, considerándolo adecuado para casos graves o en determinadas geografías en las que el acceso a otro tipo de tratamientos en régimen ambulatorio sea muy dificultoso. De todos modos no se trata en ningún caso de un tratamiento de primera opción.

7) Tratamiento psicosocial en función del subtipo de TC

A lo largo de este apartado hemos ido refiriendo los datos publicados referentes a la eficacia de

los distintos modelos psicoterapéuticos para el tratamiento de los TC en la adolescencia.

Pero también hemos insistido en la heterogeneidad de este trastorno, lo cual limitará el poder diseñar tratamientos que sean eficaces para el global de los pacientes que lo padecen. Es por ello que nos parece de especial necesidad realizar investigaciones que se encaminen a un conocimiento más profundo de estos menores para poder llegar a establecer subtipos clínicos (y probablemente etiopatogénicos) a los cuales dirigir abordajes psicoterapéuticos (quizás también psicofarmacológicos) más afines y adecuados a cada uno de ellos.

En este sentido las investigaciones llevadas a cabo por el equipo de Frick (Frick y Ellis 1999, Frick 2000 y 2001) resultan especialmente relevantes. En las tablas nº 3 y nº 16 describimos en resumen el planteamiento de estos autores con la hipótesis etiopatogénica y orientación terapéutica para cada subtipo.

Según estos autores se diferenciarían tres subtipos de TC:

- *TC de inicio en la adolescencia*: representarían el grupo de menor gravedad. Jóvenes sufriendo un proceso de crisis de adolescencia de mayor intensidad que la habitual y expresando su malestar y dificultades madurativas mediante los síntomas de desregulación emocional, impulsividad y externalización de conflictos (con síntomas conductuales secundarios). El tratamiento recomendado en estos menores es de tipo psicoterapéutico dirigido a favorecer el proceso madurativo y el contacto con pares y mentores prosociales. Este subgrupo de pacientes presentará mayores capacidades verbales y de elaboración psíquica que los subgrupos de TC de inicio en la infancia, lo cual favorecerá todo el trabajo psicoterapéutico.

Tabla 16. Subtipos de TC en niños y adolescentes (Frick 2001)

Subtipos de desarrollo TC	Características clínicas	Hipotéticas implicaciones para el tratamiento
Inicio en la adolescencia	Rebelde, rechaza jerarquías de estatus sociales tradicionales, asociación con pares transgresores.	Utilizar la intervención para promover medios más adaptativos de desarrollo de la identidad como un self autónomo e intervenciones que promuevan el contacto con pares y mentores prosociales.
Inicio en la infancia, principalmente impulsivo	Tasas altas de TDAH, altos niveles de reactividad emocional, baja inteligencia verbal, altos niveles de disfunción familiar.	Utilizar intervenciones que reduzcan el comportamiento impulsivo y promuevan el control de la rabia y enseñen habilidades de afrontamiento que compensen estas tendencias (ej: técnicas de resolución de problemas); y además se focalicen en la mejora de las prácticas de socialización parental para animar al desarrollo de las habilidades y ayudar a su mantenimiento.
Inicio en la infancia, tipo crueldad-impasibilidad	Tendencia a la búsqueda de actividades de riesgo (poco temeroso), menos sensible a consecuencias de castigo que a recompensas, menos reactivo a estímulos emocionales negativos.	Intervenir tempranamente para promover el desarrollo de la empatía y la internalización de los valores, y utilizar estrategias de motivación que aprovechen el estilo de respuesta orientado a la recompensa y apelen al propio interés.

- *TC de inicio en la infancia, principalmente impulsivo*: menores con inicio precoz de la sintomatología conductual y de desregulación emocional secundaria a graves carencias afectivas precoces. En estos casos además de realizar un trabajo psicoterapéutico con el menor encaminado al control emocional, recomiendan entrenamiento en habilidades de resolución de problemas e intervenciones familiares más intensivas.
- *TC de inicio en la infancia, tipo crueldad-impasibilidad*: subgrupo de mayor gravedad con conductas de agresividad reactiva y proactiva, con rasgos psicopáticos y por lo tanto menos permeables a los abordajes psicoterapéuticos habituales. Precisarán por lo tanto tratamientos más intensivos en los que se atienda a su específico funcionamiento mental, englobando así mismo a su entorno vital, el cual es generalmente muy disfuncional.

4.3.3. Tratamientos psicofarmacológicos

El tratamiento farmacológico de adolescentes con conductas disruptivas, debe realizarse en el contexto de una correcta evaluación del menor, una planificación terapéutica personalizada y junto con otros abordajes terapéuticos. El tratamiento de estos pacientes únicamente mediante psicofármacos está totalmente desaconsejado (Rappaport y Thomas 2004) y no existe en la actualidad ninguna medicación específica aprobada para este uso (Tcheremissine et al 2004).

Generalmente el abordaje farmacológico se centra en el control sintomático (agresividad, hostilidad, descontrol emocional), puesto que no existen fármacos específicos para el tratamiento de estas patologías.

La recomendación inicial como punto de partida para la planificación del tratamiento farmacológico es la de tratar las patologías comórbidas si existieran puesto que generalmente al mejorar

éstas decrece el comportamiento disruptivo (Rappaport y Thomas 2004).

La distinción entre los dos subtipos de agresividad: impulsiva/afectiva/reactiva de planificada/no afectiva es importante, puesto que el subtipo impulsivo/afectivo ha demostrado responder más frecuentemente al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. En estos pacientes, que presentan prominentes síntomas afectivos, el tratamiento farmacológico de primera elección son los estabilizadores del estado de ánimo. Cuando estos fármacos no resultan eficaces se considerará la combinación de estabilizadores del estado de ánimo y antipsicóticos atípicos (Peterson y Sheldon 2006). No obstante, detallaremos estos psicofármacos más adelante.

Gérardin y colaboradores (2002), citando a Campbell, sugieren los siguientes pasos para el tratamiento farmacológico de estos trastornos:

1. Identificar los síntomas diana.
2. Se requiere un periodo de observación de unas dos semanas para conseguir un estado basal estable.
3. Obtener historia de tratamientos farmacológicos previos.
4. Se recomienda una evaluación cuidadosa de posibles alteraciones motrices y otros efectos secundarios inducidos por los fármacos.
5. Es necesario evaluar la actitud y aceptación de paciente y familia respecto del tratamiento farmacológico y posteriormente completar un plan de tratamiento personalizado que incluya un abordaje psicosocial.
6. Si el paciente muestra una respuesta clínica significativa se recomienda continuar con el tratamiento farmacológico durante 6 meses. A continuación la medicación debe discontinuarse gradualmente durante al menos 4 semanas en las que se reevaluará al paciente y la necesidad de proseguir o no con el tratamiento farmacológico previo.

Estas medidas también son sugeridas en otras guías (Tcheremissine y Lieving 2006), incluyendo la recomendación de tender al tratamiento en monoterapia siempre que sea posible con dosis enmarcadas en una estrategia conservadora.

Antipsicóticos atípicos

Los antipsicóticos atípicos y los clásicos pueden ser útiles en el tratamiento de los síntomas de agresividad, pero debido al riesgo de efectos secundarios potencialmente graves (discinesias tardías, síndrome neuroléptico maligno) su utilización debe hacerse con una adecuada dosificación y control.

Los antipsicóticos atípicos son en la actualidad los agentes farmacológicos más utilizados para el tratamiento de la agresividad y los trastornos del comportamiento (Peterson y Sheldon 2006), y de elección preferente a los antipsicóticos clásicos por su menor perfil de efectos adversos (Tcheremissine y Lieving 2006).

Risperidona: según el consenso internacional de expertos (Kutcher et al 2004) este fármaco «puede ser la medicación de elección para el tratamiento de los síntomas de TC». En niños y adolescentes Risperidona es el único antipsicótico atípico que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la agresividad en jóvenes en estudios doble ciego randomizados, con control de placebo (Peterson y Sheldon 2006, Tcheremissine et al 2004). Algunos estudios se han centrado en niños y adolescentes con alteraciones de conducta y capacidad intelectual inferior a la normal (Aman et al 2002; Buitelaar et al 2001; Croonenberghs et al 2005; Snyder et al 2002; Turgay et al 2002) o menores con Autismo o Trastornos generalizados del desarrollo que además presentaban agresividad observando efectos beneficiosos en el control de la agresividad. Las dosis utilizadas para el tratamiento de la agresividad en adolescentes son aproximadamente la mitad que las dosis antipsicóticas clásicas. Así en el estudio de Findling et al (2000), estudio doble ciego con control de placebo con dos ramas paralelas y 10 semanas de duración, de pacientes niños y adolescentes (5-15 años) con TC, observaron cómo dosis máximas de 1,5mg/día para pacientes de peso \leq 50kg y máxima de 3mg/día para aquellos de peso $>$ 50kg, demostró mejoría en el control de la agresividad. Como efectos secundarios habituales destacar el incremento de peso, síntomas extrapiramidales e hiperprolactinemia (Peterson y Sheldon 2006).

Más recientemente Reyes et al (2006) han publicado los resultados del primer estudio de mantenimiento con risperidona con control de placebo en niños y adolescentes (5-17 años) diagnosticados de trastornos de conducta (TD, T. negativista desafiante y TD no especificado). Una muestra de 527 pacientes comenzó el estudio con una fase inicial abierta de tratamiento con risperidona durante 6 semanas. De ellos, 436 pacientes que habían respondido al antipsicótico en la fase abierta del ensayo continuaron con una fase ciego-simple durante otras 6 semanas; y 335 que constataron respuesta mantenida al fármaco fueron randomizados a un tratamiento doble ciego durante 6 meses. Las medidas de resultado fueron el ICG- mejoría (Impresión clínica global, Clinical Global Impression-Improvement) y la subescala de problemas de conducta del instrumento NCBRF (Nisonger Child Behaviour Rating Form). Los resultados de este estudio indicaron que la recurrencia de síntomas estaba significativamente retrasada en el grupo de pacientes que respondieron inicialmente a risperidona y continuaron el tratamiento el mayor periodo de tiempo posible.

La evidencia clínica de la *Olanzapina* para el tratamiento de menores con conductas violentas es escasa. Existen estudios en casos de pacientes con Trastornos generalizados del desarrollo, o Trastorno de la Tourette con respuestas positivas respecto al control de la agresividad. Como efectos secundarios, los más comunes son incremento del peso que puede ir asociado a hiperlipidemia e hiperglucemia que requiere de un estrecho control (Peterson y Sheldon 2006). Un estudio retrospectivo realizado por Masi y colaboradores en 2006 (cit en Tcheremissine y Lieving 2006) basado en las historias clínicas de 23 adolescentes con TC que no habían respondido a terapéuticas no farmacológicas ni a dosis adecuadas de estabilizadores del estado de ánimo. El periodo de seguimiento fue de 6-12 meses, valorando ICG-I, Modified Overt Agresión Scale (MOAS) y la escala Children Global Assessment Scale (CGAS). Los resultados de este estudio indicaron que el 60,9% de los pacientes respondieron a olanzapina, incluso el tipo de agresividad impulsiva-afectiva fue identificada como un predictor de respuesta positiva al fármaco.

La *Clozapina* también se ha utilizado para el tratamiento de estos trastornos, aunque las investigaciones al respecto son escasas. Estudios abiertos en pacientes esquizofrénicos han evidenciado una mejora significativa de las conductas agresivas. Los efectos secundarios más comunes incluyen sedación, incremento de peso, taquicardia, y entre los efectos graves que requieren de estricto control, agranulocitosis o convulsiones (Peterson y Sheldon 2006).

Otro antipsicótico atípico, *Ziprasidona*, demostró en su administración intramuscular eficacia en el tratamiento de jóvenes agresivos en estudios retrospectivos (Peterson y Sheldon 2006).

Se ha publicado escasa literatura sobre la acción del *Aripiprazol* para el control de conductas violentas o disruptivas en menores. Findling y colaboradores realizaron un estudio abierto de breve duración (15 días) en un número pequeño de casos (12 niños de 6-12 años de edad y 11 adolescentes de 13-17 años) en dosis de 1 mg/día si peso <25 kg; 2 mg/día si peso entre 25-50kg; 5 mg/día si peso 50-70Kg y 10 mg/día si peso >70Kg; estos autores destacan resultados alentadores en el control de las conductas agresivas, si bien es preciso aún corroborar sus hallazgos con más investigaciones (Tcheremissine et al 2004).

Finalmente, respecto a *Quetiapina* no existen estudios concluyentes en la actualidad.

Aunque la incidencia de síntomas extrapiramidales y otros efectos adversos que tradicionalmente se han asociado al tratamiento a largo plazo con antipsicóticos, como la discinesia tardía, parecen bajos, la administración a largo plazo de antipsicóticos atípicos está asociada con otros efectos secundarios como incremento de peso, hiperglucemia, hiperlipidemia, y anomalías cardiovasculares, los cuales pueden tener un efecto desfavorable en la morbi-mortalidad de los menores con TC que siguen estos tratamientos, efectos que será necesario controlar muy estrechamente (Tcheremissine y Lieving 2006).

Estabilizadores del estado de ánimo

Estos agentes se han utilizado extensamente para el tratamiento de los menores con altera-

ciones de conducta para incidir en los aspectos de desregulación emocional que presentan: irritabilidad, hostilidad, episodios de rabia e ira, labilidad afectiva. (asemejándose esta clínica a la que presentan los sujetos con trastorno bipolar) (Peterson y Sheldon 2006).

Sales de Litio: es el fármaco mejor estudiado para el tratamiento de niños y adolescentes y el único agente aprobado por la FDA (Food and Drug Administration, USA) para el tratamiento de adolescentes con Trastorno Bipolar. Se han realizado varios estudios randomizados con control de placebo sobre la eficacia de este fármaco en el tratamiento de la agresividad en niños y adolescentes con resultados variados, en algunos se ha evidenciado respuesta superior a placebo, pero en otros no (Tcheremissine et al 2004).

Campbell et al (1995) fueron pioneros en el estudio y aplicación de este fármaco a menores con TC. Realizaron un ensayo clínico doble-ciego con control de placebo. Después de un periodo basal de 2 semanas de tratamiento con placebo, 50 niños con problemas de conducta fueron randomizados al azar a un tratamiento con litio o placebo durante seis semanas. Las variables de resultado medidas fueron Clinical Judgments-Consensus Scale (GCJ-CS), CPRS, Conners Teacher Questionnaire, Parent-Teacher Questionnaire y Profile of Mood Status questionnaire. La dosis media óptima de litio fue 1.248mg con una concentración sérica media de 1,12mEq/L. Los resultados indicaron que el litio fue superior al placebo y fue efectivo para algunos niños intencionalmente agresivos con TC.

Malone et al (2000) halló en su estudio doble-ciego con control de placebo que el litio fue bien tolerado y efectivo para el tratamiento de la agresividad en pacientes ingresados con TC. Las medidas de resultado fueron ICG, GCJ-CS y OAS. La dosis media de litio fue de 1.425mg/día (en un rango de dosis de: 900-2.100mg/día). Las propiedades antiagresivas del litio fueron clínica y estadísticamente superiores al placebo.

Un estudio que no halló resultados favorables al Litio fue el realizado por el equipo de Rifkin en 1997 (cit en Tcheremissine y Lieving 2006). Un grupo de 33 adolescentes (12-17 años) hospitalizados participaron en un estudio doble-ciego

con control de placebo. Tras una semana de tratamiento con placebo los pacientes fueron asignados al azar a un tratamiento con litio o continuar con placebo durante otras dos semanas. El nivel plasmático de litio indicado fue de 0,6-1,25mmol/L., estos autores no hallaron que el litio mejorara los síntomas de agresividad respecto al placebo, no obstante, la corta duración de esta investigación plantea una limitación importante a sus resultados. No obstante, es importante tenerla presente puesto que es una de las pocas investigaciones realizadas específicamente con pacientes adolescentes con TC y podría plantearse la cuestión de si la respuesta al litio pudiera ser diferente en los niños respecto de los adolescentes con estas patologías.

En general se considera que el Litio es más eficaz en el tratamiento de la agresividad impulsiva/afectiva/reactiva y menos en los casos en que es planificada. Los efectos secundarios más frecuentes con esta sustancia incluyen acné, ataxia, enuresis, incremento de la frecuencia de micción, síntomas gastrointestinales, fatiga, sed e incremento de peso. Los efectos secundarios más graves aunque infrecuentes son arritmias cardíacas, alteraciones en las hormonas tiroideas, diabetes insípida, leucocitosis y convulsiones. Para su control es preciso monitorizar los niveles plasmáticos de cara a dosificar la medicación en las dosis terapéuticas adecuadas y minimizar el riesgo de efectos adversos (Peterson y Sheldon 2006).

Acido valproico:

Estudios realizados por el equipo de Donovan y colaboradores (cit en Tcheremissine y Lieving 2006) con valproato semisódico, un estudio abierto de diez casos seguido de otro estudio doble ciego con control de placebo, destacaron los resultados positivos de este fármaco. En el segundo estudio 20 niños y adolescentes de edades entre 10 y 18 años que presentaban TC y labilidad emocional entraron en una primera fase de la investigación de seis semanas de duración en los que eran asignados bien a un tratamiento con valproato semisódico o con placebo, tratamiento intercambiado en las siguientes seis semanas. 15 pacientes completaron las dos fases del estudio. La dosis administrada

de valproato semisódico fue 750-1.500mg/día. Las medidas de resultado que se utilizaron fueron MOAS, y seis ítems de la subescala de ira-hostilidad del SCL-90 (Symptom Check-list -90). Se evidenciaron mejorías clínicas significativas con el tratamiento con valproato semisódico en comparación con placebo.

Posteriormente Steiner y colaboradores (2003), realizaron un estudio randomizado con control, de siete semanas de duración, específicamente con varones adolescentes con severos problemas de conducta (y al menos un delito cometido). Los pacientes fueron asignados de modo abierto para el clínico, pero ciego para pacientes e informadores independientes de la mejoría a dos grupos de tratamiento con Valproato semisódico según dosis: dosis altas (entorno a 1.000mg/día) y bajas (125mg/día). 58 pacientes finalizaron el estudio y constataron un efecto en la mejora de la conducta dosis-dependiente: las dosis altas fueron superiores a las bajas en las medidas de autocontrol tanto del clínico como del propio paciente (ICG-I, Weinberger Adjustment Inventory rating, Achenbach Youth Self Report).

Los efectos adversos más comunes a este fármaco son sedación leve, incremento de peso y síntomas gastrointestinales. Efectos secundarios más severos incluyen ovarios poliquísticos, pancreatitis, trombocitopenia, hepatotoxicidad y rash cutáneo (Peterson y Sheldon 2006).

Carbamacepina: en los estudios realizados este fármaco no ha demostrado tener una eficacia superior a placebo para el tratamiento de menores con conductas disruptivas (Peterson y Sheldon 2006).

El equipo de Cueva (1996) realizó uno de los estudios más serios metodológicamente con este fármaco en niños de 5-12 años diagnosticados de TC: estudio doble ciego con control de placebo de 6 semanas de duración tras 2 semanas previas de periodo basal con placebo. Las medidas de resultado fueron OAS; GCJ-CS y CPRS. Se evidenció que Carbamacepina no fue superior a placebo en dosis de 400-800 mg/día con niveles plasmáticos de 4,98-9,1 µg/ml (Cueva et al 1996).

Otros anticonvulsivos: *Oxcarbacepina*, aunque se han publicado casos clínicos aislados de la

eficacia de este fármaco para el control de la agresividad en adolescentes los resultados no son concluyentes y se precisa de más investigaciones para indicar su uso en estas patologías. *Topiramato*, su utilización en algunos casos de menores con conductas agresivas ha sido por extrapolación de estudios realizados en mujeres adultas, no existiendo en la actualidad investigaciones que refrenden esta indicación en niños y adolescentes (Peterson y Sheldon 2006).

Antidepresivos

Los *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)* se han utilizado para el control de los síntomas impulsivos y agresivos en menores siguiendo la hipótesis de la relación entre agresividad y niveles bajos centrales de serotonina. No obstante, pocos estudios, y metodológicamente poco relevantes, han demostrado eficacia en el control de estos síntomas en población adolescente. (Peterson y Sheldon 2006).

Riggs y colaboradores en 1997 (cit. en Tcheremissine y Lieving 2006) realizaron un estudio abierto con *fluoxetina* incluyendo a ocho pacientes adolescentes (14-18 años) que presentaban TC, depresión mayor y abuso de sustancias. La dosis utilizada fue de 20mg/día, durante al menos 7 semanas en un entorno residencial. Medidas clínicas de depresión y el ICG-Severidad de la enfermedad reflejaron la mejoría obtenida con el tratamiento.

Un estudio abierto de Armenteros y Lewis (2002) con *citalopram* hallaron respuesta favorable en cuanto a la reducción de agresividad impulsiva en niños y adolescentes (7-15 años). En este estudio se incluyeron once pacientes, tras una semana de periodo de lavado se procedió a una fase abierta de 6 semanas partiendo de una dosis inicial de 10 mg/día, pero llegando a una dosis media de 27mg/día. La medida de resultado utilizada, MOAS, constató la mejoría en las conductas agresivas refrendado por la información recibida de los padres.

Otros antidepresivos no pertenecientes al grupo de los ISRS también han sido evaluados como agentes terapéuticos para los menores con TC. Entre ellos destacamos al bupropion y la reboxetina.

De nuevo el equipo de Riggs y colaboradores (cit. en Tcheremissine y Lieving 2006), un año después de la investigación antes mencionada, en 1998, analizan la eficacia del *bupropion* (antidepresivo dopaminérgico) como agente anti-agresividad en un grupo de adolescentes con TC, TDAH y Abuso de sustancias. Mediante un diseño abierto de 5 semanas de duración y en dosis máxima de 300mg/día, los pacientes constatan su mejoría. Estos datos preliminares sugieren, por lo tanto, que el bupropion podría ser útil en el tratamiento de adolescentes con TC comórbido a TDAH y Abuso de sustancias.

La *reboxetina*, antidepresivo noradrenérgico, ha sido testada en la investigación del equipo de Mozes y colaboradores (cit en Tcheremissine y Lieving 2006) para menores (5-14 años) con el subtipo hiperquinético de TD, según criterios de CIE-10. Se trata de un estudio abierto de una muestra hospitalaria de pacientes, 12 semanas de duración, con dosis media de 4,39mg/día. La principal medida de resultado, OAS, reflejó una reducción significativa de las conductas agresivas ya en la semana 8 del ensayo. Por lo que este fármaco podría ser considerado una opción terapéutica en estos pacientes, aunque más investigaciones debieran realizarse para asegurar su potencial terapéutico.

Los efectos secundarios más frecuentes con estos antidepresivos son molestias gastrointestinales, cefalea, nerviosismo, alteraciones del sueño, disfunción sexual. En ocasiones pueden tener un efecto activador que puede incluso incrementar la irritabilidad y la impulsividad. Además, se ha señalado que estos agentes (en menor medida Fluoxetina) incrementan el riesgo de «suicidabilidad», por lo que se ha restringido mucho su utilización para aquellos menores en riesgo de actos autolíticos (Peterson y Sheldon 2006).

Estimulantes

Son muchos los estudios que han demostrado la eficacia de los estimulantes (*Metilfenidato*, único fármaco de este tipo en nuestro entorno) para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH), y dentro de este trastorno los síntomas conductuales.

Sin embargo, de cara a considerar a estos fármacos como una elección en el tratamiento de los TC se precisa que demuestren su eficacia en el tratamiento específico de esta patología. Así, Klein et al (1997) realizó un estudio randomizado metilfenidato vs placebo con 83 niños y adolescentes (6-15 años) de 5 semanas de duración. Hallaron que se redujo considerablemente la frecuencia de alteraciones de conducta en los menores que recibieron metilfenidato, lo cual no se hallaba en función de la severidad de síntomas de TDAH.

Kaplan y colaboradores, en 1990 (cit. en Tcheremissine y Lieving 2006), llevan a cabo un estudio cruzado (cross-over) de 7 semanas de duración con metilfenidato administrado a nueve adolescentes (13-16 años). Todos ellos presentaban TDAH con TC. Partiendo de una dosis inicial de 0,6mg/kg/día y dosis final de 30 mg/día los autores concluyen que los pacientes presentaron un descenso significativo en la medida de resultado Adolescent Antisocial Behavior Checklist.

Estudios realizados con otros estimulantes, como la *D- anfetamina*, ensayos doble ciego con control de placebo, también han demostrado su eficacia en el tratamiento de las alteraciones de conducta en adolescentes con conductas antisociales, pero no como tratamiento único (Tcheremissine y Lieving 2006).

Finalmente destacar el meta-análisis realizado por Connor et al (2002) con pacientes con TDAH. Estos autores concluyen que los estimulantes ofrecen beneficios significativos para el tratamiento de la agresión asociada al TDAH, beneficios que resultan independientes de los efectos sobre los síntomas nucleares del trastorno.

Turgay, en una revisión reciente (2009), indica el tratamiento con estimulantes como primera línea farmacológica (si mejoría no ha sido suficiente con tratamiento psicosocial) para los menores con Trastorno negativista desafiante (sin TC ni TDAH comórbidos). Se fundamenta en la amplia comorbilidad de este trastorno y el TDAH y en estudios de respuesta a este grupo de fármacos.

Medicaciones adrenérgicas

Clonidina y *Guanfacina* son fármacos que se suelen asociar a los estimulantes para el trata-

miento de niños con TDAH cuando con dichos fármacos la agresividad no ha cedido adecuadamente. En la actualidad existen pocas evidencias científicas para el uso de estos agentes en el tratamiento de la agresividad en adolescentes que no presentan TDAH.

Destacamos, no obstante dos estudios realizados con clonidina, bien como tratamiento aislado o adjuntándola a metilfenidato.

Connor y colaboradores (cit. en Tcheremissine et al 2004) realizaron un estudio con un pequeño número de pacientes diagnosticados de TDAH y TC o Trastorno negativista desafiante comórbidos. Realizaron un estudio randomizado, ciego (sin control de placebo) en tres ramas de tratamiento: metilfenidato solo, clonidina solo, o combinación de los dos fármacos. Se evidenció mejoría clínica en las tres ramas de tratamiento, sin efectos secundarios a considerar en ninguna de ellas.

Hazel y Stuart (2003) replicaron resultados semejantes. Reclutaron una muestra extensa de niños y adolescentes de edades entre 6-14 años con TDAH y Trastorno de conducta o Trastorno negativista desafiante comórbidos que habían sido medicados durante al menos tres meses con psicoestimulantes. Estos pacientes fueron randomizados a un tratamiento con clonidina o placebo durante 6 semanas. Se mantuvieron estables las dosis previas de psicoestimulantes y la dosis de clonidina utilizada osciló entre 0,1mg/día y 0,2 mg/día. Los autores observaron cómo se obtuvo una mejoría superior en puntuaciones de conducta e hiperactividad (basada en la escala de Connors para TDAH) en el grupo tratado con clonidina adjunta a psicoestimulante.

Los β -Bloqueantes se han utilizado para el tratamiento de la agresividad en pacientes con autismo, retraso mental o síndromes cerebrales orgánicos. En la actualidad, a pesar de que varios estudios abiertos han sugerido que estos fármacos pueden ser eficaces en el tratamiento adjunto a otros fármacos de adolescentes con agresividad, más estudios controlados se precisan aún para determinar su eficacia y seguridad (Peterson y Sheldon 2006).

Otros fármacos

Atomoxetina: es un inhibidor del transportador de noradrenalina sin eficacia antidepressiva e indicado para el tratamiento del TDAH. Existe escasa literatura científica sobre su eficacia en el tratamiento de menores con alteraciones de conducta. Turgay (2009) en su revisión destaca el trabajo de Newcorn y colaboradores quienes hallan resultados positivos en el tratamiento del Trastorno negativista desafiante comórbido con TDAH con respuesta máxima a dosis de 1,8mg/kg/día. No obstante, no existen estudios de eficacia de este fármaco en pacientes adolescentes con T. disocial, o más ensayos en casos de TND no asociado a TDAH, por lo que en la actualidad no es un fármaco a considerar en la estrategia terapéutica que nos corresponde en este proyecto.

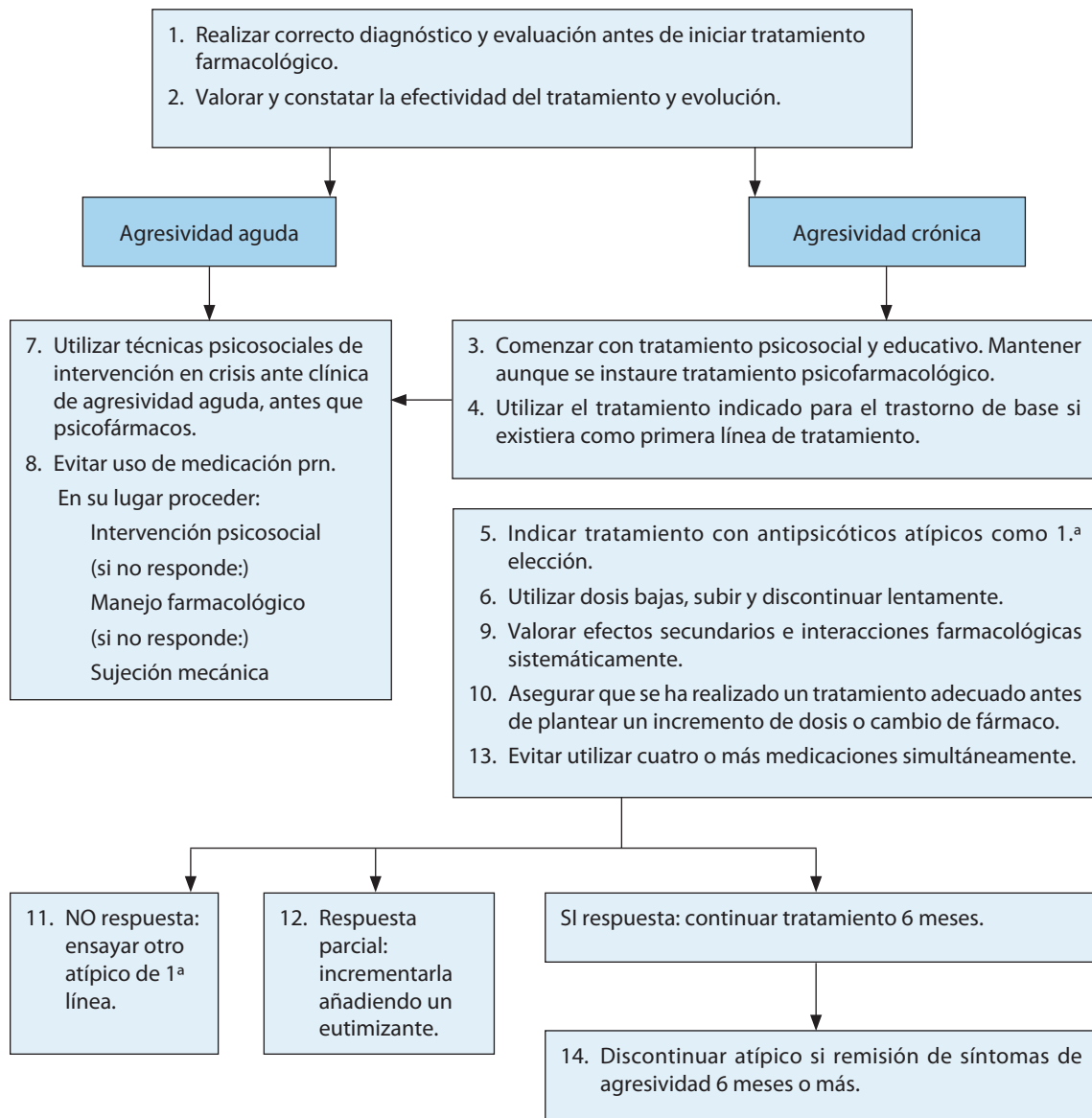
Guías y propuestas

Una propuesta muy interesante para el tratamiento farmacológico de las conductas agresivas en adolescentes es la liderada por Papadopoulos y colaboradores (2003) en el «*Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth (TRAAY)*» (Gráfico 9). Se tratan de recomendaciones de consenso entre un amplio grupo de expertos de reconocido prestigio internacional, las cuales se resumen en forma de árbol de decisiones. Dichas recomendaciones son las siguientes:

1. Realizar una evaluación diagnóstica previa a la indicación de psicofármacos.
2. Valorar y constatar la efectividad del tratamiento y evolución mediante instrumentos validados: valoración basal y periódica para constatar gravedad y grado de respuesta al tratamiento.
3. Comenzar indicando tratamiento psicosocial y educativo: intervenciones psicosociales y educativas deben ser la primera línea de tratamiento, y deben mantenerse aunque se instaure tratamiento psicofarmacológico coadyuvante.
4. Utilizar el tratamiento indicado para el trastorno de base si existiera como primera

- línea de tratamiento. Dado que es frecuente el síntoma de irritabilidad y agresividad en adolescentes con patologías como TDAH, depresión, T. ansiedad, manía; etc, el tratamiento farmacológico de elección en estos casos sería el indicado para dichos trastornos: estimulantes para TDAH, ISRS para T. ansiedad o depresión, litio o ácido valpróico para la manía.
5. Indicar tratamiento con antipsicóticos atípicos (mejor que con los típicos) para el tratamiento de la agresividad grave y persistente en aquellos casos en que el tratamiento psicosocial o el tratamiento farmacológico de la patología de base no ha resultado eficaz.
 6. Utilizar dosis bajas de antipsicótico, subir lentamente y a pequeños incrementos si es preciso. Antes de considerar a un fármaco o dosis ineficaz se deberá mantener en la misma pauta durante al menos dos semanas. Cuando se suspende un antipsicótico deberá hacerse lentamente y valorarse la clínica por si apareciera discinesia de retirada.
 7. Utilizar técnicas psicosociales de intervención en crisis ante clínica de agresividad aguda, antes que indicar tratamiento farmacológico.
 8. Evitar el uso de medicación p.r.n. para controlar de modo urgente la agresividad aguda.
 9. Valorar los posibles efectos secundarios y las interacciones farmacológicas sistemáticamente.
 10. Asegurar que se ha realizado un tratamiento adecuado antes de plantear un incremento de dosis o un cambio de fármaco. Tratamiento farmacológico adecuado en dosis, cumplimiento y tiempo de duración (para agresividad sin otro diagnóstico de base se recomienda esperar 2 semanas para valorar respuesta clínica) así como mantenimiento y cumplimiento simultáneo de tratamiento psicosocial.
 11. En caso de no respuesta con un primer fármaco antipsicótico atípico (y ausencia de otra patología de base) considerar el cambio a otro antipsicótico atípico. En caso de falta de respuesta a este segundo atípico considerar el paso a estabilizador del estado de ánimo o a antipsicótico típico. Se plantearán tratamientos combinados únicamente cuando hayan fallado dos ensayos con fármacos de primera línea. Para pacientes resistentes al tratamiento (aquellos que no han respondido a tres o más ensayos con fármacos de primera o segunda línea) considerar un ensayo con Clozapina.
 12. Si se produce una respuesta parcial a un antipsicótico de primera considerar adjuntar tratamiento con estabilizador del estado de ánimo (siempre que se haya descartado otra patología de base y haber realizado adecuadamente el tratamiento tanto farmacológico como psicosocial).
 13. Si un paciente no responde a un tratamiento con varios fármacos combinado considerar suspender uno o varios. Comenzar por aquellas que tengan un mayor riesgo de efectos secundarios, o de producir síntomas que puedan confundirse con los síntomas diana o un mayor riesgo de interacciones farmacológicas.
 14. Descender y considerar suspender el tratamiento antipsicótico en aquellos pacientes que muestren una remisión de los síntomas de agresividad de 6-9 meses de duración. Quedan excluidos aquellos pacientes con una psicosis subyacente o con una historia clara de recurrencias o recaídas o de síntomas resistentes al tratamiento. Deberá el terapeuta ser cuidadoso en cuanto a la suspensión del antipsicótico en pacientes con historia de conductas agresivas de riesgo vital.

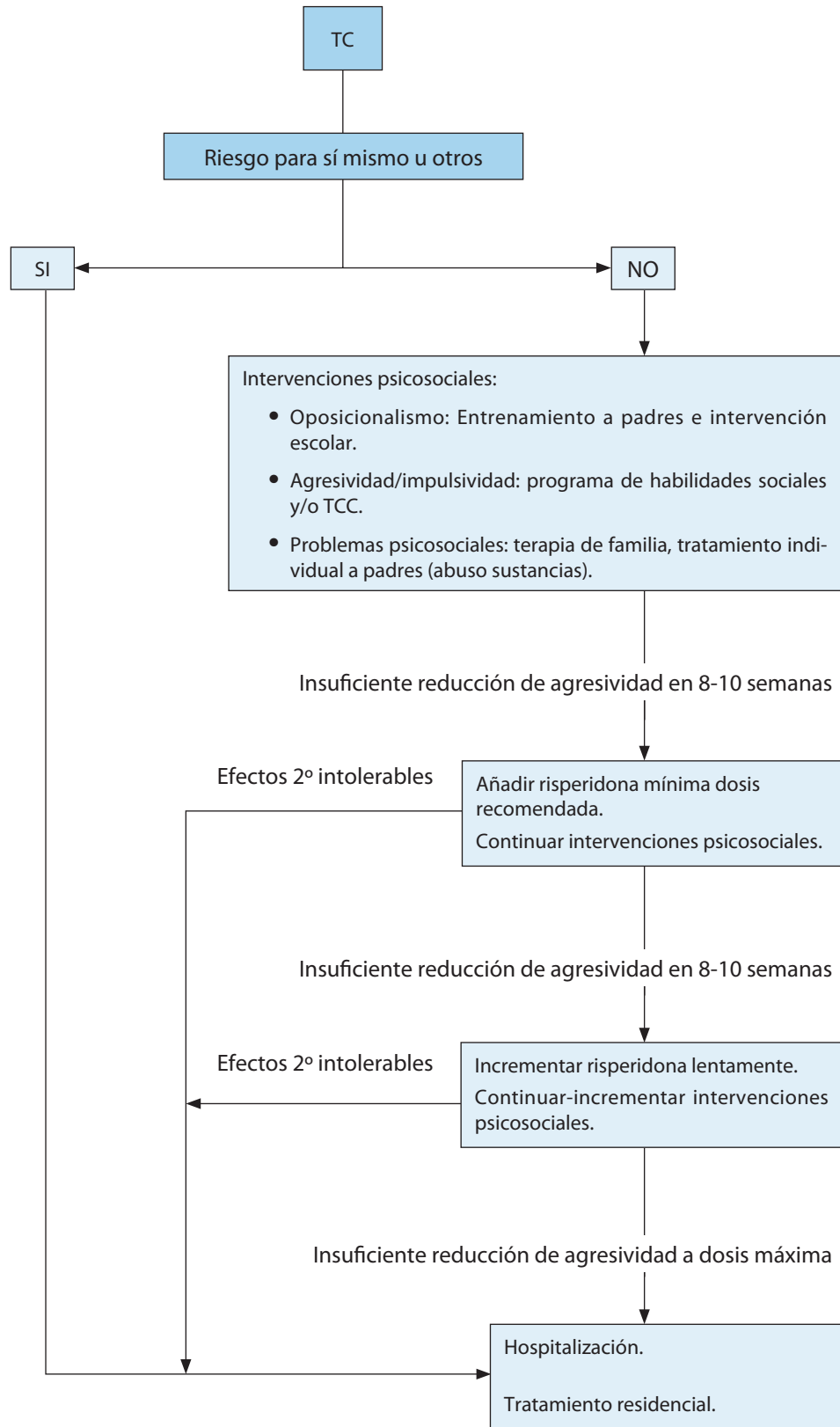
Gráfico 9. Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth: TRAAAY, Papadopulos et al 2003



Otra de las propuestas de tratamiento, en este caso tanto farmacológico como psicosocial, es el consenso internacional entre expertos de reconocido prestigio (Kutcher et al 2004). Según

estos autores el algoritmo de tratamiento que recomendamos es el que incluimos a continuación (Gráfico 10).

Grafico 10. Algoritmo de tratamiento psicofarmacológico y psicosocial, Kutcher et al 2004



Estos autores denominan «Insuficiente reducción de la agresividad» a un descenso inferior al 30% de la tasa basal o anterior objetivada mediante instrumentos validados.

Respecto a las dosis de risperidona plantean la siguiente posología: pacientes de <50Kg iniciar con 0,25mg/2 veces al día e incrementar a partir del día 3º y semanalmente según la respuesta sintomática hasta una dosis máxima de 0,75mg/día; aquellos pacientes de peso ≥50kg iniciar con 0,5mg/2 veces al día e incrementar semanalmente según la respuesta sintomática hasta una dosis máxima de 1,5mg/día. Dosis que resultan bajas según la práctica general y los datos publicados en las diferentes investigaciones.

Aconsejan suspender el tratamiento con risperidona cada 6 ó 12 meses para revisar la persistencia de síntomas o no. Pero si ello lleva a una repetición de recaídas deberán realizarse estos descansos de medicación con menor frecuencia (Kutcher et al 2004).

Para finalizar este apartado quisiéramos transcribir una parte del informe del Defensor del Pueblo (2009) sobre los TC en adolescentes en situación de dificultad social para recordar la importancia de una correcta práctica en la prescripción farmacológica: *«En el ámbito de la Salud Mental hemos constatado, no sin preocupación, la tendencia, en algunos casos, a medicar profusamente los trastornos psicosociales de los menores, con el grave riesgo que puede conllevar para su salud la ingesta continuada y en altas dosis de medicaciones psiquiátricas»*. Insistir de nuevo en la instauración de tratamientos psicosociales como eje de la intervención terapéutica en estos pacientes, e indicar, sólo cuando sea preciso, psicofármacos siguiendo lo aconsejado por las guías o consensos de expertos que anteriormente hemos detallado.

4.3.4. Programas de prevención de Trastornos de conducta en la adolescencia

Como consecuencia de la prevalencia creciente de los T. conducta en la adolescencia y la intensa repercusión personal, familiar y social que acarrear, se han desarrollado programas de prevención e intervención precoz.

Entre ellos destacamos el programa de Connell et al (2007), denominado *«Adolescent Transitions Program»*, en el que llevan a cabo una intervención familiar escalonada en tres fases en función del riesgo detectado. La intervención comienza en el centro escolar con familias de alumnos de 6º curso de Educación Primaria que aceptan voluntariamente asistir al programa. La primera fase se trata de una intervención universal (*«Family Resource Room»*, *Universal intervention*) que incluye consultas breves con los padres, consultas telefónicas, información a los padres respecto del comportamiento de sus hijos en el centro escolar, acceso a libros y material audiovisual de documentación y ayuda, y un programa en seis sesiones de formación a padres (englobando los temas: éxito escolar, decisiones sobre salud, desarrollando grupos de iguales positivos, el ciclo del respeto, afrontamiento del estrés y la rabia y resolución de problemas de modo pacífico). La siguiente fase, (*«Family Chek-up»*, *Selected intervention*) abierta a todos los padres, pero indicada activamente a aquellos padres cuyos hijos habían sido identificados como de alto riesgo de desarrollar problemas de conducta o abuso de sustancias por los profesores, se trata de una intervención en tres sesiones basada en una entrevista motivacional para orientar a los padres respecto a la intervención más idónea para sus hijos. A continuación, y de acuerdo entre orientador familiar y padres, se deriva a tratamiento específico a aquellos casos en que se precise (*«Family intervention»*, *Indicated intervention*). El estudio realizado con este programa de prevención y una muestra de más de mil familias seguidas a lo largo de seis años obtiene resultados positivos: reducción del riesgo de problemas de conducta desde la adolescencia precoz (6º Educación Primaria, 11-12 años) a la tardía (17-18 años), incluyendo conductas antisociales, consumo de alcohol, tabaco y cannabis en aquellos jóvenes cuyos padres siguieron este programa. Esta evolución positiva es especialmente significativa en los menores detectados como de alto riesgo al inicio del programa.

Flay et al (2004; cit. en Doughty C, 2005) realizan un programa de intervención con niños de raza negra mayoritariamente, de ambientes marginales, en 5º curso de Educación Primaria y los siguen

durante 4 años. Comprueban cómo aquellos menores varones que siguen el programa de intervención socio-emocional, adecuado para su realidad cultural, y a lo largo de varios años (centrado en un currículo de desarrollo social, con/sin inclusión de aspectos comunitarios y parentales), presentan una reducción en los factores de riesgo de alteración de conducta. No obstante, no observaron ninguna reducción del riesgo en el caso de las chicas que participaron en el programa.

Dentro de programas de prevención de patología psiquiátrica en general dirigidos a población de alto riesgo están los centrados en visitas al hogar de mujeres embarazadas o con niños lactantes realizados por personal de enfermería especializado en aspectos de cuidado al menor y patología vincular. Uno de estos programas es el descrito por Olds et al (1998) y Eckenrode et al (2001), ambos cit. en Doughty C, 2005. Se tratan de visitas domiciliarias a mujeres embarazadas de ambientes sociales de riesgo, una media de 9 visitas durante la gestación y 23 hasta el segundo año de vida del niño. En el seguimiento de estos menores hasta la adolescencia los autores constatan cómo dichos sujetos presentaron menos problemas de conducta y actos delictivos que lo esperado por sus factores de riesgo, concluyendo que los programas de atención domiciliaria precoz pueden modular el riesgo de maltrato como predictor de alteraciones de conducta y comportamientos antisociales en niños y jóvenes nacidos en familias de alto riesgo.

Otro programa de prevención es el denominado «FAST Track program» realizado por el «Conduct Problems Prevention Research Group» (2002) en EEUU. Se trata de un programa preventivo que incorpora la prevención desde el centro escolar englobando a las familias. Así el significado de sus siglas: «Families And Schools Together». El programa se diseñó para detectar a niños de riesgo en el momento de iniciar la escolarización e incorporarlos a un programa de tratamiento preventivo con intensiva intervención tanto a nivel escolar como familiar. Incorpora inicial-

mente un abordaje grupal de entrenamiento a padres, a continuación un tratamiento cognitivo conductual para ayudar al menor a llegar a controlar la ira y a desarrollar habilidades de resolución de problemas y promover el desarrollo de habilidades sociales. También se incluye una tutorización escolar cercana e intervención educativa según las necesidades del niño y por último una supervisión general del caso en todas sus vertientes por parte de un *case manager* (responsable de caso) quien dirige y orienta la intervención, realizando un seguimiento directo que incluye visitas al hogar familiar y centro escolar. Los resultados obtenidos tras la aplicación de este proyecto son alentadores.

4.4. RETOS PARA EL FUTURO

Brevemente para finalizar este apartado son varias las cuestiones que quedan pendientes de dilucidar en este tipo de pacientes, por lo que los retos a enfrentar son muchos.

Pero centrándonos en aquellos aspectos de mayor utilidad para la atención clínica diaria a estos pacientes podríamos considerar los siguientes retos:

- Incrementar el conocimiento en la subtipología de los TC y en las diferencias clínicas especialmente en cuanto a sexos. Ello repercutirá en la posibilidad de elaborar programas de prevención y tratamientos más eficaces. Recordemos aquí la diferente distribución respecto a sexo de la muestra hospitalaria frente a la extrahospitalaria, siendo más prevalente la presencia de mujeres en los casos que precisaron ingreso psiquiátrico. En los hospitales la frecuencia de mujeres fue 40-46% de los casos, mientras que en la atención ambulatoria osciló entre el 24- 32%.
- Diseñar programas de intervención terapéutica (como es el caso que nos ocupa) y evaluar su eficacia para incidir no sólo en esta patología, sino también en la alta morbilidad que presenta.

5. RECOMENDACIONES

Como recomendación final de este proyecto de investigación deseáramos realizar una propuesta de intervención, englobando la asistencia intra y extrahospitalaria, dirigida a este tipo de pacientes que conlleve una mejor atención de los mismos en la red de Salud Mental de la CAV.

Esta propuesta de tratamiento asistencial cubre una necesidad urgente que precisan los adolescentes con TC en nuestro entorno. Además representará un abordaje terapéutico innovador, pionero y único a nivel de toda España, y semejante a los dispositivos de mayor prestigio a nivel internacional.

Es así mismo una propuesta *factible a ser implementada*, sin precisar de un gasto excesivo, y por lo tanto asumible, a nuestro modo de entender, por *Osakidetza-servicio vasco de salud*. Enlaza con la política asistencial de esta Organización Sanitaria y va acorde con informes de otras instancias tan relevantes como es el caso del Defensor del Pueblo o el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como a continuación detallamos.

En este sentido estamos totalmente de acuerdo con la propuesta del *Defensor del Pueblo en su reciente informe sobre menores con TC (2009)*, en el que suscribe: *«Merecería la pena profundizar en modelos de intervención más adecuados para el desarrollo evolutivo de los menores y que potencien su autonomía... métodos que enseñen a estos adolescentes a manejar adecuadamente su agresividad, que fomenten su sentido de pertenencia al grupo, que les ayuden a salir airoso de situaciones diversas, orienten su rebeldía de forma creativa, y les permitan recuperarse para la vida y afrontar su futuro desmontando ese fatídico guión de destructividad/autodestrucción en el que tan a menudo se mueven»*. En las recomendaciones finales de carácter general el Defensor del Pueblo insiste:

Que se lleven a cabo las investigaciones que permitan conocer los datos básicos sobre la incidencia de este problema en nuestra sociedad, a fin de que se tomen las decisiones oportunas y se diseñen planes de actuación y recursos que hagan más eficaz la intervención.

Que se preste atención especial al desarrollo de protocolos que delimiten el ámbito de atención a menores con trastornos de conducta y en situación

de dificultad social, y definan criterios de calidad, evaluación, seguimiento y buenas prácticas en esta intervención, en el marco del Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2006-2009.

Que se establezcan indicadores que permitan evaluar la efectividad de los distintos programas de intervención puestos en práctica en los centros.

Esta propuesta de tratamiento tiene por finalidad la de dar respuesta a una patología grave, deteriorante y de prevalencia creciente que afecta a menores que se hayan en un momento crucial de sus vidas: la adolescencia, momento en el que una intervención psicoterapéutica adecuada a las necesidades del menor puede abrir sus vidas a un futuro más alentador, puesto que si no el pronóstico resultará más sombrío.

En esta propuesta consensuamos las opiniones de expertos de los miembros del equipo de este proyecto de investigación, así como las sugerencias realizadas por los especialistas que colaboraron en el análisis de la muestra de adolescentes estudiada.

Dada la naturaleza de la intervención que proponemos vamos a referirnos a ella como *«Programa de Tratamiento Intensivo para Adolescentes con Trastornos de Conducta»*.

5.1. PACIENTES A LOS QUE VA DIRIGIDO EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO INTENSIVO PARA ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA

Como hemos reiterado en este informe, los adolescentes que presentan problemas o trastornos de conducta representan un grupo muy heterogéneo, tanto por la variabilidad sintomática, niveles de intensidad de la clínica, psicopatología de base, comorbilidad y apoyo social y familiar.

Esta diversidad hace que los abordajes terapéuticos no puedan resultar eficaces para todos estos pacientes, y que haya que diseñar abordajes más especializados en función de las características más personales de estos menores.

En este sentido es de gran relevancia la línea de investigación que el equipo de Frick (Frick y Ellis 1999, Frick 2000 y 2001) ha llevado a lo largo de los últimos años, culminando con una propuesta

de subtipificación de los menores con TC, como hemos recogido en las Tablas 3 y 16.

Los tres subtipos de pacientes que estos autores plantean (inicio en la adolescencia, inicio en la infancia primariamente impulsivo e inicio en la infancia tipo crueldad-impasibilidad) precisarán de abordajes psicoterapéuticos intensivos, tanto individuales como familiares. Sin embargo, en el caso de los menores que inician TC en la infancia a estos tratamientos habrá que incluir un intensivo trabajo en la red social puesto que la etiopatogenia de estos casos suele tener su base en graves carencias afectivas precoces.

En este sentido nosotros planteamos una intervención dirigida a los adolescentes con TC que hayan comenzado en esta etapa de su vida los síntomas disruptivos. Entendemos que es a estos sujetos a los que un dispositivo predominante de Salud Mental puede propiciarles el abanico completo del tratamiento que precisan. Adolescentes con conductas disruptivas marcadas generalmente por la desregulación de afectos y la impulsividad, que no presenten rasgos de crueldad-impasibilidad. Incluimos de nuevo de modo gráfico la información respecto de este grupo de pacientes de las tablas 3 y 16.

Tabla 17. Subtipo de TC de inicio en la adolescencia (Frick 2001)

Subtipos de desarrollo TC	Características clínicas	Potenciales mecanismos causales	Hipotéticas implicaciones para el tratamiento
Inicio en la adolescencia.	Rebelde, rechaza jerarquías de estatus sociales tradicionales, asociación con pares transgresores.	Exageración del normal desarrollo de la identidad en la adolescencia que le lleva a un incremento de los conflictos con figuras de autoridad.	Utilizar la intervención para promover medios más adaptativos de desarrollo de la identidad como un self autónomo e intervenciones que promuevan el contacto con pares y mentores prosociales.

En el caso de las mujeres, y atendiendo a las investigaciones de los autores antes reseñados, habrá que descartar aquellas en las que, aunque el inicio del TC sea en la adolescencia, presenten los factores de riesgo propios de los casos de inicio en la infancia de los varones, dado que no serían genuinos casos de inicio en adolescencia sino se tratarían de casos de «inicio en la infancia diferido».

Por lo tanto los *pacientes a los que irá dirigido este programa de tratamiento intensivo* serán:

- Adolescentes de 14-17 años que presenten conductas disruptivas de inicio a partir de los 12 años.
- No presenten rasgos de crueldad-impasibilidad.
- Deseen realizar un tratamiento psicoterapéutico intensivo.
- Sean atendidos en Salud Mental extrahospitalaria o estén hospitalizados en Unidad de Psiquiatría infanto-juvenil.
- Consentimiento y colaboración por parte de los pacientes y padres-tutores en el tratamiento.

5.2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO INTENSIVO PARA ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA

5.2.1. Detección de casos y derivación

Para la detección de los casos, y posterior desarrollo del tratamiento, será esencial mantener una estrecha vía de derivación y coordinación desde los diferentes dispositivos que estén implicados. En la actualidad ya existe una comunicación fluida entre todos estos entornos asistenciales, lo cual va a facilitar la puesta en marcha de esta propuesta de intervención.

Los pacientes podrán ser derivados desde:

- Salud Mental Extrahospitalario.
- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil: una vez cedida la crisis aguda que propicia el ingreso es cuando el adolescente se va sintiendo más seguro y contenido y entonces comienza a poder expresar verbalmente su malestar. Es en este momento

cuando se puede proceder a utilizar abordajes psicoterapéuticos más verbales como la incorporación al Programa de Tratamiento Intensivo, solapándose con el final del ingreso psiquiátrico para optimizar la continuidad del tratamiento, o al alta del mismo.

5.2.2. Evaluación de los pacientes

Como en toda actividad psicoterapéutica el inicio de la misma parte de la evaluación del paciente.

En este sentido a continuación señalamos las recomendaciones que la Asociación Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente realiza para la valoración de pacientes con Trastorno negativista desafiante y aplicable a todo el grupo de menores con Trastornos disruptivos (AACAP Official Action 2007):

- Recomendación nº 1: la valoración y el tratamiento exitoso del trastorno requiere del establecimiento de una alianza terapéutica con el menor y su familia.
- Recomendación nº 2: aspectos culturales tienen que ser considerados activamente tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.
- Recomendación nº 3: la valoración del trastorno incluye la recogida de información del paciente y de los padres en relación a síntomas centrales, edad de inicio, duración de los síntomas y grado de deterioro funcional.

- Recomendación nº 4: El clínico debe tener presente los trastornos comórbidos significativos que puedan existir.
- Recomendación nº 5: El clínico puede encontrar de ayuda recoger información independientemente de otros informantes externos.
- Recomendación nº 6: La utilización de cuestionarios específicos y escalas de síntomas pueden ser de utilidad en la valoración y control del progreso.
- Recomendación nº 7: El clínico debería realizar un plan de tratamiento individualizado basado en la situación clínica particular.
- Recomendación nº 8: El clínico debe considerar realizar la intervención con padres de acuerdo a alguno de los métodos que han sido avalados.
- Recomendación nº 9: Las medicaciones pueden ser de ayuda como tratamientos adjuntos a otras intervenciones para el tratamiento sintomático o el abordaje de patología comórbida.
- Recomendación nº 10: Si el trastorno es severo y persistente se podrá precisar de tratamiento intensivo y prolongado.

También puede resultar de ayuda seguir una sistemática de preguntas, como las que recomiendan Rappaport y Thomas (2004).

Tabla 18. Orientaciones para la evaluación clínica de alteración de conducta

1. ¿Cuáles son las capacidades y habilidades de los padres?
2. ¿Existe alguna evidencia de la presencia de apego desorganizado con los cuidadores principales?
3. ¿Existen otros problemas médicos que sugieran anomalías de la regulación de los afectos y el comportamiento?
4. ¿El tipo de agresividad del paciente es del tipo proactiva o reactiva-afectiva?
5. ¿Cuál es la frecuencia, grado e intensidad de la alteración del comportamiento?
6. ¿Existe un precipitante claro?
7. ¿El paciente padece un trauma psíquico que pudiera provocar un estado de hipervigilancia y atribuciones hostiles?
8. ¿Existe historia previa de episodios semejantes?
9. ¿Cuál es la actitud de los padres hacia la conducta?

(Rappaport y Thomas 2004)

La valoración inicial tiene las siguientes finalidades:

- Asegurar que el paciente cumple los criterios de selección para poder incorporarse al Programa.
- Iniciar con el paciente y los padres-tutores una relación terapéutica imprescindible para el proceso terapéutico.
- Presentar al menor y su familia las características del Programa.

Valorar aspectos de motivación hacia el Programa de Tratamiento Intensivo por parte tanto del adolescente como de sus padres o tutores.

5.2.3. Componentes del Programa de Tratamiento Intensivo para Adolescentes con Trastornos de Conducta

El Programa de Tratamiento Intensivo se realizará en base a Módulos de tratamiento que se incluirán todos o en parte según las necesidades de cada caso. Se podrá ir secuenciando los módulos según sea la clínica y necesidades de los pacientes y su familia. A continuación pasamos a describir los diferentes módulos.

1. Módulo de hospitalización psiquiátrica completa

Aquellos casos en los que el menor se encuentre en una situación de descompensación aguda será preciso comenzar el tratamiento con este módulo de hospitalización.

El formato terapéutico dentro de la Unidad se recomienda que siga el modelo protocolizado en la Unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil del H. de Basurto que anteriormente hemos detallado en este informe (4.2.1).

Se aplicará por lo tanto en estos casos el denominado P.O. Alteración de conducta que se ha desarrollado en dicha Unidad. Procedimiento en el que se evalúa su efectividad periódicamente de acuerdo a ciertos indicadores: valoración de escala OAS, ICG al ingreso y al alta, índice de reingresos a 30 días. Toda esta valoración se realiza en el marco de una organización de la Unidad basada en un sistema de gestión de Calidad por Procesos según Norma ISO 9001:2000.

En muchos casos, los más graves, tras el ingreso psiquiátrico será preciso continuar con un tratamiento intensivo en régimen de hospitalización parcial para ayudar al menor en su proceso madurativo y curativo; si no el paso directo a su vida cotidiana acompañado de un recurso terapéutico ambulatorio únicamente (consulta periódica en CSM), le resultará insuficiente y favorecerá la presentación de nuevas crisis a la vez que mermará las posibilidades de una evolución positiva.

2. Módulo de hospitalización psiquiátrica parcial

En los casos de adolescentes que presentan dificultades crónicas que menoscaban su funcionamiento diario, pero que no se hallan en situación aguda de crisis, o ésta ha sido resuelta (por ejemplo tras un breve ingreso psiquiátrico) precisarán un abordaje terapéutico intensivo, en régimen de hospitalización parcial.

En nuestra red de Salud Mental este recurso es escaso: en Gipuzkoa no existe ningún hospital de día para adolescentes, en Álava y Bizkaia uno de reciente creación en cada provincia, pero totalmente insuficiente para la población de referencia (especialmente en Bizkaia: 10 plazas de hospital de día de adolescentes de 12 a 16 años con graves patologías psiquiátricas para 1.200.000 habitantes) y en ninguno de ellos la atención es específica para los TC.

Se precisa de la creación de más dispositivos intermedios de atención en hospital de día para adolescentes, con inclusión de un programa especializado para los que presentan alteraciones de conducta. Estos dispositivos deberían ir dirigidos a población adolescente hasta la edad adulta (17-18 años), puesto que en la actualidad los hospitales de día existentes sólo atienden a menores hasta los 16 años, dado que se han puesto en marcha en base a un convenio de colaboración con el Departamento de Educación del Gobierno Vasco y se destinan al grupo de población que requiere Educación Secundaria Obligatoria (12-16 años). Con el sistema de organización actual un grupo de alto riesgo (el de mayor riesgo) de adolescentes queda fuera de los recursos terapéuticos tanto de la Salud Mental Infanto-Juvenil como de la correspondiente a

la atención del adulto, lo cual es un hecho alarmante y que requiere de una respuesta rápida por parte de las Autoridades Sanitarias.

Recordemos en este punto las cifras de prevalencia de TC en adolescentes de 13 a 17 años en nuestras consultas que hemos referido anteriormente en este informe:

- Atención en Salud Mental Extrahospitalario por presentar alteraciones de conducta: 40,28% de los casos en Álava, 25,15% de los de Gipuzkoa y 29,09% en Bizkaia.
- Atención en Unidades de hospitalización psiquiátrica (H. Basurto y H. Donostia): 47,4% y 75,93% de los pacientes respectivamente ingresan por AC.

Esta reivindicación para la creación de más hospitales de día va acorde con lo destacado por el *Defensor del Pueblo* en su reciente informe sobre Centros de Protección de Menores con Trastornos de Conducta y en situación de dificultad social (2009). Recoge en sus recomendaciones parte de las reflexiones que ya aparecían en el documento «La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud» publicado en 2007 en el seno del *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*. En este sentido, la *recomendación de Carácter General nº 9* establece: «*que se intensifiquen las actuaciones dirigidas a establecer dispositivos y recursos intermedios y de rehabilitación de las situaciones de dificultad social desde los ámbitos educativo, sanitario y social que hagan innecesaria la institucionalización de los menores*».

El tipo de abordaje terapéutico a desarrollar en régimen de hospital de día debería englobar lo correspondiente a los siguientes módulos de tratamiento (psicoterapia individual, tratamiento psicofarmacológico, psicoterapia grupal, intervención o psicoterapia familiar) y coordinación con dispositivos sociales y educativos. Las técnicas psicoterapéuticas así mismo deberían ser aquellas que hayan demostrado eficacia clínica, como hemos descrito en el apartado de la revisión de la literatura nacional e internacional.

Se han diferenciado dos tipos de grupos en los que tratar a estos pacientes: los grupos específicos de menores con problemas de conducta, y

otros de adolescentes con diferentes patologías. Se ha planteado que resulta más conveniente el segundo tipo de grupos para el abordaje de estas patologías, para intentar minimizar la estigmatización y no favorecer identificaciones grupales negativas que contrarrestarían el efecto de la intervención psicoterapéutica (Peterson y Sheldon 2006). Partiendo de esta premisa, los investigadores han hipotetizado que el minimizar el contacto con iguales transgresores y maximizando el contacto con pares prosociales en lugares supervisados provoca un descenso en las conductas disociales. Por ello se han desarrollado programas de intervenciones grupales comunitarios, los cuales se realizan con una frecuencia semanal a lo largo de todo el curso escolar. El fundamento teórico de estos grupos está en la propia teoría de dinámica grupal además de en aspectos del aprendizaje social. Parece además que los grupos que resultan más eficaces para los adolescentes disruptivos son aquellos en los que se mezclan con adolescentes que presentan otras problemáticas y no en los que se centran de modo monográfico en los problemas de conducta, los cuales incluso en ocasiones aportan evoluciones más negativas (Eddy 2006).

3. Módulo de Tratamiento individual

El tratamiento psicosocial es la primera medida terapéutica en este tipo de abordajes clínicos como hemos destacado en la revisión de la literatura. Por ello, todos los pacientes seguirán un módulo de tratamiento psicoterapéutico individual (bien en régimen de hospitalización parcial o en consultas ambulatorias según sea la necesidad del menor).

También se indicará tratamiento psicofarmacológico en los casos que lo requieran. Para ello se seguirán las recomendaciones de la literatura referidas anteriormente en este informe.

En este punto es importante recordar los datos de nuestra realidad asistencial: la media de consultas anuales a los adolescentes con TC en la red de Salud Mental de la CAV es superior en dos puntos a la del resto de adolescentes atendidos en dichos dispositivos, pero, no obstante, es baja: 11 consultas/año. Cifra lejana a la compatible con un tratamiento psicoterapéutico indivi-

dual que sería lo precisado por estos pacientes y para el cual habría que multiplicar por 3 ó por 4 el número de consultas anuales.

Ello nos lleva de nuevo a plantear una reflexión en este sentido para ver cómo poder llegar a incrementar este tipo de oferta terapéutica, la cual resulta muy insuficiente en la actualidad.

4. **Módulo de Entrenamiento grupal en habilidades psicosociales**

Los tratamientos que han demostrado ser eficaces para el tratamiento de adolescentes con TC en diversas investigaciones son, como ya hemos referido anteriormente en este informe: programas conductuales de manejo de contingencias, modelos cognitivos de entrenamiento en habilidades de resolución de problemas y en habilidades sociales, entrenamiento a padres para el manejo conductual de sus hijos, terapia de familia funcional y terapia multisistémica (Frick 2001, INSERM 2005, Waddell et al 1999).

Planteamos, como complemento al tratamiento psicoterapéutico individual, un entrenamiento en habilidades psicosociales. Este módulo puede realizarse tanto a nivel ambulatorio como en asistencia a hospital de día. La realización es en formato grupal de frecuencia semanal.

De todos los programas diseñados nos resulta de especial interés por la eficacia demostrada en población adulta (T. personalidad límite) el entrenamiento en habilidades psicosociales de acuerdo a la Terapia Dialéctica Comportamental (TDC).

En los últimos años han aparecido investigaciones en las que se evalúa la eficacia de la Terapia Dialéctica Comportamental (TDC) de Linehan (el apartado de entrenamiento en habilidades psicosociales) aplicada a adolescentes con TC. Aunque este modelo terapéutico fue diseñado específicamente para el tratamiento de Trastorno límite de la personalidad (TLP) (Linehan 1993, 2003), se ha aplicado en muestras de adolescentes con problemas conductuales al presentar éstos aspectos clínicos semejantes a los adultos con TLP: desregulación emocional, dificultades en las relaciones interpersonales y baja respuesta al estrés. Una de estas investigaciones es la llevada a cabo por Nelson-Gray et al

(2006), que ya hemos detallado en el apartado de la revisión de la literatura, en la que aplican todos los componentes de los cuatro módulos de formación de habilidades (habilidades básicas de conciencia, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación de las emociones y habilidades de tolerancia al malestar, con ciertas adaptaciones a la edad de los sujetos) a una muestra de adolescentes con Trastorno Negativista Desafiante. El tratamiento mostró ser eficaz no solamente por producir un descenso en los comportamientos negativos, sino también por producir paralelamente un incremento de conductas positivas.

Planteamos indicar este entrenamiento a todos los pacientes. Se realizará en formato grupal abierto: 28-30 sesiones en total, sesiones semanales de 2,5h de duración. Aunque para los pacientes más graves se recomienda que repitan la formación haciendo dos tandas de entrenamiento (Linehan 1993, 2003).

5. **Módulo de Intervención con padres**

Hemos destacado reiteradamente en este informe la necesidad de ayudar a los padres de estos menores en el manejo de sus hijos, así como la eficacia que programas de intervención con esta finalidad han demostrado.

Este tipo de tratamientos se han utilizado con más éxito en el tratamiento de niños con problemas de conducta (mejoría entorno al 64% de los casos), habiéndose desarrollado múltiples intervenciones manualizadas, entre las cuales destacamos los programas de Barkley (Barkley 1987) y de Webster-Stratton (Webster-Stratton y Hancock 1997) específicos para niños y diseñados para ser implementados con la colaboración de los padres. Sin embargo, como comentamos en el apartado de revisión de la literatura dedicado a entrenamiento a padres, en el caso de adolescentes suele resultar poco eficaz como único abordaje terapéutico (el porcentaje de casos que mejoran es del 25%, incrementando hasta el 35% si se incluye también un abordaje de entrenamiento en comunicación para resolución de problemas), de ahí que lo planteemos en esta propuesta como un módulo complementario de tratamiento.

La razón de esta menor efectividad en el caso de los adolescentes se debe a la menor influencia que se ejerce en la conducta de éstos mediante la intervención ambiental, paralelamente a la mayor influencia que ellos ejercen en su ambiente. (Barkley et al 1999).

De todos los programas existentes nosotros proponemos la aplicación del modelo de Russell Barkley (Barkley et al 1999). Se trata de un programa en 18 sesiones en el que además del entrenamiento conductual a padres se introduce un abordaje específico de entrenamiento en comunicación para resolución de problemas en el que se incorpora al adolescente, se insiste en la importancia del desarrollo de habilidades de comunicación y se finaliza con un apartado cognitivo (dirigido por separado a padres e hijo) en el que se afrontan las creencias irracionales de ambos que generan falsas expectativas y fundamentan las alteraciones de conducta. Es un programa diseñado específicamente para adolescentes de 13 a 18 años, que no presenten comportamientos intensamente agresivos o violentos hacia otros puesto que en ellos este programa podría facilitar la escalada de conflictos familiares.

6. Módulo de psicoterapia familiar sistémica

Aquellos casos en los que la patología del sistema familiar bien sea muy intensa y no haya respondido a las intervenciones previas realizadas en este Programa, o bien interfiera en la mejoría del menor (recibiendo éste su intervención específica en los otros módulos de este Tratamiento) se orientará al menor y su familia a completar el tratamiento con una psicoterapia familiar sistémica.

Esta técnica psicoterapéutica se ha aplicado extensamente para el tratamiento de adolescentes con conductas disruptivas. Parte de la base teórica que señala a los patrones de comunicación verbal y no verbal de la familia como la causa, el desarrollo y el mantenimiento de los problemas de conducta del menor. Las alteraciones de conducta del adolescente representarían un síntoma problemático mediante el cual se mantiene la homeostasis dentro del sistema familiar (Eddy 2006).

Como hemos mencionado en el apartado de revisión de la literatura, existe buena evidencia

de la eficacia de las terapias sistémicas para el tratamiento de los trastornos de conducta, de abuso de sustancias y los trastornos de conducta alimentaria Cottrell y Boston (2002). Según estos autores los tratamientos sistémicos para menores con TC se indicarían especialmente en pre-adolescentes y adolescentes, así como en casos de familias con problemas múltiples y complejos.

5.3. OTRAS SUGERENCIAS DE MEJORA EN LA ASISTENCIA SANITARIA A ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA CAV

En este apartado incluimos un resumen de las sugerencias y reflexiones de todos aquellos profesionales que participaron en este estudio que no hemos incluido en la propuesta de intervención comentada en el apartado anterior. Estas propuestas nos parecen especialmente valiosas por venir de quien atiende a estos menores desde hace muchos años y conoce en profundidad no sólo la patología de la adolescencia sino también la realidad de la asistencia en Salud Mental de nuestra Comunidad y en muchos casos también la realidad asistencial de otros entornos más privilegiados de recursos.

Incluimos así mismo sugerencias realizadas por los revisores externos de este informe, expertos de reconocido prestigio en este campo que con su intervención han colaborado a la mejora de este informe.

La primera sugerencia se refiere a la conveniencia de realizar *estudios epidemiológicos en población general para llegar a conocer la prevalencia de los TC en la adolescencia en la CAV*. Datos que complementarían los aportados por este informe para facilitar el diseño de programas de prevención e intervención precoz.

Además una reflexión en cuanto a la *importancia del trabajo en red*, a mantener una estrecha coordinación entre los diferentes recursos existentes (sanitarios, sociales y educativos) en aras de una detección de casos lo más precoz posible y una mejor colaboración en el tratamiento indicado en cada caso.

Unido a esta labor de coordinación se deberá realizar un trabajo de *formación* por parte del

personal especializado *a aquellos dispositivos que sean lugar de detección* (centros educativos, consultas médicas pediátricas o MAP), de este modo se optimizará toda la función de la red asistencial existente.

Otro recurso sanitario sugerido por los profesionales sanitarios entrevistados es el de *Unidad de hospitalización psiquiátrica de Media Estancia*. Con la creación de las Unidades de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil al principio de esta década en la CAV se dio un gran paso en la asistencia a los menores. No obstante, los recursos que se dispone para ellos están muy lejos de ser los que precisan, y más teniendo en cuenta la especial relevancia de la asistencia a los pacientes en esta edad de la vida, en la que los trastornos psiquiátricos no sólo afectan al presente del menor sino que les hipotecan su desarrollo futuro. Hoy en día carecemos de este recurso de hospitalización en rango de media estancia, recurso muy desarrollado para población adulta. Claramente ésta es otra área a contemplar en los futuros planes de desarrollo de la Salud Mental en esta CAV.

Como hemos destacado anteriormente los menores con problemas de conducta presentan una alta comorbilidad con abuso de alcohol o sustancias psicoactivas, lo cual ensombrece aún más su pronóstico. En ocasiones es preciso añadir al tratamiento un enfoque específico del consumo de sustancias para enfrentar ambas patologías, enfoque que se realiza a nivel ambulatorio, pero que en aquellos casos más graves requeriría de un tratamiento más intensivo para el que aún no disponemos de recursos específicos para este grupo de población en nuestro entorno sanitario. Por lo tanto, otra de las propuestas de desarrollo de dispositivos sería la de creación de tratamiento en régimen de *Comunidad Terapéutica*, para aquellos menores cuya adicción a alcohol o drogas lo requiriera.

La única Comunidad Terapéutica de Osakidetza de Bizkaia, Manuene, tiene en proyecto ofrecer a los adolescentes que precisen un abordaje especializado en tratamiento de fines de semana (sábado y domingo) o por las tardes en 3 días de semana laboral.

Y como última reflexión del equipo de profesionales consultado está la sugerencia de la especial necesidad de atención que tiene la *población inmigrante*. Se tratan de menores que han vivido situaciones personales y familiares altamente estresantes y desestabilizantes, lo cual favorece su fragilidad. Muchos de ellos han llegado al país en situación de ilegalidad, marginalidad. Todas estas circunstancias van a incidir en que sea más prevalente en ellos el hecho de desarrollar alteraciones de conducta. Será importante diseñar para ellos programas de intervención ambulatorios que cubran sus necesidades, programas que deben ir precedidos por un mayor conocimiento entre los profesionales de la Salud Mental de las especificidades de la Psiquiatría y Psicología Transcultural.

5.4. ELABORACIÓN DE GUIA DE RECURSOS PÚBLICOS PARA LA ATENCIÓN A ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA CAV

Partiendo del trabajo iniciado en el contexto de este proyecto se ha procedido a la recogida sistemática de los recursos públicos existentes en la CAV para la atención a adolescentes con problemas de conducta elaborando con todo ello una guía de servicios que se hará pública en breve.

Esta guía incluye los recursos dependientes de los Departamentos de Educación, Justicia y Desarrollo autonómico, Sanidad y Empleo y Asuntos Sociales. Así como los Recursos Forales (Servicio de Infancia y Familia), recursos Municipales y otros ofertados por organizaciones no gubernamentales y asociaciones de diversa índole sin fines lucrativos.

La finalidad de esta guía es la de facilitar la optimización de los recursos existentes en aras de una mejor asistencia a los adolescentes con TC.

Dicha guía requerirá de una continua revisión para mantener al día la oferta de recursos, revisión que se sugiere se realice por parte de un equipo de trabajadores de las diferentes instituciones implicadas, lo cual podría suponer el núcleo de un equipo de trabajo en colaboración y sinergia.

6. CONCLUSIONES

- Los Trastornos de conducta en la adolescencia son una patología muy frecuente y grave que menoscaba el funcionamiento del adolescente y ensombrece su desarrollo y futuro.
- No existen estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de los Trastornos de Conducta en el adolescente en nuestro medio. Los datos de esta investigación son la primera evidencia y reflejan su alta frecuencia: son el motivo de consulta del 25-40% de los adolescentes que se atienden en los dispositivos de Salud Mental Extrahospitalarios y la causa de ingreso psiquiátrico del 47-76% de los adolescentes atendidos en las Unidades de psiquiatría infanto-juvenil hospitalarias.
- No existen programas específicos de tratamiento para adolescentes con Trastornos de Conducta ni en la CAV ni a nivel nacional que engloben el abordaje intra y extrahospitalario.
- Los abordajes terapéuticos que han demostrado su efectividad en base a diferentes investigaciones a nivel internacional son programas conductuales de manejo de contingencias, modelos cognitivos de entrenamiento en habilidades de resolución de problemas y en habilidades sociales (recomendando ser realizados en entornos grupales), entrenamiento a padres para el manejo conductual de sus hijos, terapia de familia funcional y terapia multisistémica.
- Presentamos una propuesta terapéutica especializada para el tratamiento de los Trastornos de conducta en la adolescencia, la cual supliría una necesidad asistencial acuciante además de representar un proyecto innovador a nivel nacional y factible de ser implementado.
- El Programa de Tratamiento Intensivo para Adolescentes con Trastornos de Conducta que proponemos incluye un abordaje coordinado tanto intra como extrahospitalario. Está diseñado en módulos de tratamiento en función de las necesidades de cada caso. Incluye los abordajes terapéuticos que han demostrado su efectividad. Los módulos que lo componen son los siguientes: (1) módulo de hospitalización psiquiátrica completa, (2) módulo de hospitalización psiquiátrica parcial, (3) módulo de tratamiento individual (psicoterapéutico y psicofarmacológico), (4) módulo de entrenamiento grupal en habilidades psicosociales, (5) módulo de intervención con padres, (6) módulo de psicoterapia familiar sistémica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aman MG, De Smedt G, Derivan A, **Lyons B, Findling RL and the Risperidone Disruptive Behavior Study Group**. Double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of disruptive behaviors in children with subaverage intelligence. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (August): 1337-1346.
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Official Action. Practice Parameter for the Prevention and Management of Aggressive Behavior in Child and Adolescent Psychiatric Institutions, with Special Reference to Seclusion and Restraint. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41(2 Supplement): 45-255.
3. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Official Action. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescent With Oppositional Defiant Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(1): 126-141.
4. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado. Barcelona: Masson, 2002.
5. Anant S, Raguram A. Marital conflict among parents: implications for family therapy with adolescent conduct disorder. *Contemporary Family Therapy* 2005; 27(4): 473-482.
6. Armenteros JL, Lewis JE. Citalopram treatment for impulsive aggression in children and adolescents: an open pilot study. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 2002; 41: 522-529.
7. Baker K. Understanding violent and antisocial behaviour in children and adolescents. *Current Pediatrics* 2006; 16: 472-477.
8. Bambery M, Porcerelli JH. Psychodynamic Therapy for Oppositional Defiant Disorder: Changes in Personality, Object Relations, and Adaptive Function After Six Months of Treatment. *J Am Psychoanal Assoc* 2006; 54:1334. DOI: 10.1177/00030651060540040108.
9. Barkley RA. *Defiant children. A Clinician's Manual for Parent Training*. New York: The Guilford Press, 1987.
10. Barkley RA, Edwards GH, Robin AL. *Defiant Teens. A Clinician's Manual for Assessment and Family Intervention*. New York: The Guilford Press, 1999.
11. Barnett SR, dosReis S, Riddle MA, and The Maryland Youth Practice Improvement Committee for Mental Health. Improving the Management of Acute Aggression in State Residential and Inpatient Psychiatric Facilities for Youths. *J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2002; 41(8): 897-905.
12. Bassarath L. Conduct Disorder: A Biopsychosocial Review. *Can J Psychiatry* 2001; 46 (7): 609-616.
13. Billow RM. Working Relationally with the Adolescent in Group. *Group Analysis* 2004; 37(2): 187-200.
14. Blair JR. The Neurobiological Bases of the Conduct Disorders. En: Institute 6: The Etiology of Antisocial Behavior: A Developmental Prospective. 55º Congreso Anual de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Chicago, 2008.
15. Bögels S, Hoogstad B, van Dun L, de Schutter S, Restifo K. Mindfulness Training for Adolescents with Externalizing Disorders and their Parents. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 2008; 36: 193-209.
16. Buitelaar JK, van der Gaag RJ, Cohen-Kettenis P, Melman CT. A randomized controlled trial of risperidone in the treatment of aggression in hospitalized adolescents with subaverage cognitive abilities. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(4): 239-248.
17. Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41(11): 1275-1293.
18. Caldwell MF, McCormick DJ, Umstead D, van Rybroek GJ. Evidence of Treatment Progress and Therapeutic Outcomes among

- Adolescents with Psychopathic Features. *Criminal Justice and Behavior* 2007; 34(5): 573-587.
19. Campbell M, Adams PB, Small AM, Kafantaris V, Silva RR, Shell J, Perry R, Overall JE. Lithium in hospitalized aggressive children with conduct disorder: a double-blind and placebo-controlled study. *J Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1995; 34(4): 445-453.
 20. Carlin ME. Large Group Treatment of Severely Disturbed/Conduct-Disordered Adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy* 1996; 46(3): 379-397.
 21. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig I,W, Taylor A, Poulton R. Role Of Genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children. *Science* 2002; 297: 851-854.
 22. Center for the Study and Prevention of Violence of the University of Colorado. Boulder, Colorado (USA): www.colorado.edu/cspv
 23. Connell AM, Dishion TJ, Yasui M, Kavanagh K. An Adaptive Approach to Family Intervention: Linking Engagement in Family-Centered Intervention to Reductions in Adolescent Problem Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007; 75(4): 568-579.
 24. Connor DF, Glatt SJ, López ID, Jackson D, Melloni RH Jr. Psychopharmacology and aggression. I: Meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviours in ADHD. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 2002; 41 (3): 495-505.
 25. Connor DF, Steingard RJ, Anderson JJ, Melloni RH. Gender Differences in Reactive and Proactive Aggression. *Child Psychiatry and Human Development* 2003; 33(4): 279-294.
 26. Connor DF, Ford JD, Albert DB, Doerfler LA. Conduct Disorder Subtype and Comorbidity. *Annals Of Clinical Psychiatry* 2007; 19(3): 161-168.
 27. Cottrell D, Boston P. Practitioner Review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2002; 43(5): 573-586.
 28. Croonenberghs J, Fegert JM, Findling RL, De Smedt G, van Dongen S, Risperidone Disruptive Behavior Study Group. Risperidone in children with disruptive behavior disorders and subaverage intelligence: a 1-year, open-label study of 504 patients. *J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2005; 44(1): 64-72
 29. Cueva JE, Overall JE, Small AM, Armenteros JL, Perry R, Campbell M. Carbamazepine in aggressive children with conduct disorder: a double-blind and placebo-controlled study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1996; 35(4): 480-490.
 30. Dean AJ, Duke SG, George M, Scott J. Behavioral Management Leads to Reduction in Aggression in a Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Unit. *J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2007; 46(6): 711-720.
 31. Defensor del Pueblo. Centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social. Informe, Estudios y Documentos. 2009. www.defensordelpueblo.es
 32. Dodge KA, Coie JD. Social-Information Processing Factors in Reactive and Proactive Aggression in Children's Peer Groups. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 53(6): 1146-1158.
 33. Dodge KA, Lochman JE, Harnish JD, Bates JE, Pettit GS. Reactive and Proactive Aggression in School Children and Psychiatrically Impaired Chronically Assaultive Youth. *Journal of Abnormal Psychology* 1997; 106(1): 37-51.
 34. DosReis S, Barnett S, Love RC, Riddle MA, and The Maryland Youth Practice Improvement Committee. A Guide for Managing Acute Aggressive Behavior of Youths in Residential and Inpatient Treatment Facilities. *Psychiatric Services* 2003; 54: 1357-1363.
 35. Doughty C. The effectiveness of mental health promotion, prevention and early

- intervention in children, adolescents and adults. NZHTA Report 2005; 8(2).
36. Eddy JM. Conduct disorders. The latest assessment and treatment strategies. Dean Psych Press Corp. d/b/a Compact Clinicals. Kansas City, 2006.
 37. Findling RL, McNamara NK, Braniky LA, Schuchter MD, Lemon E, Blumer J. A double-blind pilot study of risperidone in the treatment of conduct disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2000; 39(4): 509-516.
 38. Foley DL, Eaves LJ, Wormley B, Silberg JL, Maes HH, Kuhn J, Riley B. Childhood Adversity, Monoamine Oxidase A Genotype, and Risk for Conduct Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 738-744.
 39. Foster EM, Jones DE, Conduct Problems Research Group. The High Costs of Aggression: Public Expenditures Resulting from Conduct Disorder. *Am. J Public Health* 2005; 95: 1767-1772.
 40. Freud A. Normality and Pathology in Childhood. London, The Institute Of Psycho-Analysis, Karnac Books, 1989.
 41. Freud S. Tres ensayos para una teoría sexual (1905). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1981.
 42. Frick PJ. A Comprehensive and Individualized Treatment Approach for Children and Adolescents With Conduct Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice* 2000; 7: 30-37.
 43. Frick PJ. Effective Interventions for Children and Adolescents with Conduct Disorder. *Can J Psychiatry* 2001; 46 (7): 597-608.
 44. Frick PJ, Ellis M. Callous-unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* 1999; 2(3): 149-168.
 45. Gérardin P, Cohen D, Mazet P, Flament F. Drug treatment of conduct disorder in young people. *European Neuropsychopharmacology* 2002; 12: 361-370.
 46. Ghuman HS, Sarles RM. Limit setting with acting-out adolescents. En: Ghuman HS, Sarles RM eds. *Handbook of Adolescent Inpatient Psychiatric Treatment*. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1994: 224-237.
 47. Greene RW, Ablon JS, Martin A, Hassuk B, Regan KM. Use of Collaborative Problem Solving to Reduce Seclusion and Restraint in Child and Adolescent Inpatient Units. *Psychiatric Services* 2006; 57(5): 610-612.
 48. Gustle LH, Hansson K, Sundell K, Lundh LG, Löfholm CA. Blueprints in Sweden. Symptom load in Swedish adolescents in studies of Functional Family Therapy (FFT), Multisystemic Therapy (MST) and Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC). *Nordic Journal of Psychiatry* 2007; 61(6): 443-451.
 49. Haim A. Les suicides d'adolescents. Paris : Payot, Bibliothèque Scientifique, 1970.
 50. Hair HJ. Outcomes for Children and Adolescents After Residential Treatment: A Review of Research from 1993 to 2003. *Journal of Child and Family Studies* 2005; 14(4): 551-575.
 51. Hamerlynck SMJJ, Doreleijers TAH, Vermeiren R, Jansen LMC, Cohen-Kettenis PT. Aggression and psychopathology in detained adolescent females. *Psychiatry Research* 2008; 159: 77-85.
 52. Hansson K, Olsson M, Cederblad M. A salutogenic investigation and treatment of conduct disorder (CD). Results from a long-term follow-up of youths diagnosed with CD investigated and treated in inpatient psychiatric care. *Nord J Psychiatry* 2004; 58(1): 5-16.
 53. Hazel PL, Stuart JE. A randomized controlled trial of clonidine added to psychostimulant medication for hyperactive and aggressive children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2003; 42(8): 886-894.
 54. Hendren RL, Mullen DJ. Trastorno disocial y trastorno negativista desafiante. En: Wiener JM y Dulcan MK eds. *Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Elsevier, Masson, 2006: 511-529.

55. Henggeler SW, Sheidow AJ. Conduct disorder and delinquency. *Journal of Marital and Family Therapy* 2003; 29(4): 505-522.
56. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Trouble de conduites chez l'enfant et l'adolescent. 2005, Paris. Editions INSERM.
57. Jeammet P. La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza de la identidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* 2002; 33/34: 59-91.
58. Kashani JH, Jones MR, Borduin CM, Thomas L, Reid JC. Individual characteristics and peer relations of psychiatrically hospitalized aggressive youths: Implications for treatment. *Child Psychiatry and Human Development* 2000; 30: 145-149.
59. Keenan K, Loeber R, Green S. Conduct Disorder in Girls: A Review of the Literature. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* 1999; 2(1): 3-19.
60. Keiley MK. Attachment and Affect Regulation: A Framework for Family Treatment of Conduct Disorder. *Fam. Process* 2002; 41(3): 477-493.
61. Kempes M, Matthys W, de Vries H, van Engeland H. Reactive and proactive aggression in children. A review of theory, findings and the relevance for child and adolescent psychiatry. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005; 14(1): 11-19.
62. Kernberg P, Weiner AS, Bardenstein KK eds. *Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York: Basic Books, 2000.
63. King RA. Adolescence. En: Martin A y Volkmar FR eds. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. 4ª edición. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, 2007: 279-291.
64. Klein RG, Abikoff H, Klass E, Ganeles D, Seese LM, Pollack S. Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 1997; 54(12): 1073-1080.
65. Knox MS, Carey MP, Kim WJ, Marciniak T. Treatment and Changes in Aggressive Behavior Following Adolescents' Inpatient Hospitalization. *Psychological Services* 2004; 1(1): 92-99.
66. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, van Daalen E, Fegert J, Findling RL, Fisman S, Greenhill LL; Huss M, Kusumakar V, Pine D, Taylor E, Tyano S. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs.): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology* 2004; 14: 11-28.
67. Lambert EW, Wahler RG, Andrade AR, Bickman L. Looking for the Disorder in Conduct Disorder. *J. Abnorm. Psychol.* 2001; 110(1): 110-123.
68. LeBel J, Stromberg N, Duckworth K, Kerzner J, Goldstein R, Weeks M, Harper G, LaFlair L, Sudders M. Child and Adolescent Inpatient Restraint Reduction: A State Initiative to Promote Strength-Based Care. *J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2004; 43(1): 37-45.
69. Lee T. Family Integrated Transitions (FIT): Reducing Juvenile Justice Recidivism in a Cost-Effective Manner. En: Institute 6: The Etiology of Antisocial Behavior: A Developmental Prospective. 55º Congreso Anual de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Chicago, 2008.
70. Leichtman M, Leichtman ML, Barber CC, Neese DT. Effectiveness of Intensive Short-Term Residential Treatment with Severely Disturbed Adolescents. *Am J Orthopsychiatry* 2001; 71(2): 227-235.
71. Linehan MM. *Cognitive behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York, Guilford Press, 1993.
72. Linehan MM. *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós, 2003.
73. Littell JH, Pops M, Forsythe B. *Terapia multisistémica para los problemas sociales*,

- emocionales y de conducta de niños y adolescentes entre 10 y 17 años (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons. Ltd).
74. Littell JH, Winsvold A, Bjørndal A, Hammerstrøm KT. Functional Family Therapy for families of youth (age 11-18) with behaviour problems. (Protocol) *Cochrane Database of Systematic Review* 2007, Issue 2. Art N°: CD006561. DOI: 10.1002/14651858.CD006561.
 75. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(12): 1468-1484.
 76. Loeber R, Hay D. Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annu. Rev. Psychol* 1997; 48: 371-410.
 77. Looney JG, Oldham DG. Normal Adolescent Development. En: Kaplan HI, Sadock eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Volumen 2. 5ª edición. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989: 1710-1715.
 78. Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment Disorganization. Genetic Factors, Parenting Contexts, and Developmental Transformation from Infancy to Adulthood. En: Cassidy J y Shaver PR eds. *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. 2ª edición. New York: The Guilford Press, 2008: 666-697.
 79. Mager W, Milich R, Harris MJ, Howard A. Intervention Groups for Adolescents with Conduct Problems: is Aggregation Harmful or Helpful?. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2005; 33(3): 349. 362.
 80. Malone RP, Delaney MA, Luebbert JF, Carter J, Campbell M. A double-blind placebo-controlled study of lithium in hospitalized aggressive children and adolescents with conduct disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 649-654.
 81. van Manen TG, Prins PJM, Emmelkamp PMG. Reducing Aggressive Behavior in Boys With a Social Cognitive Group Treatment: Results of a Randomized, Controlled Trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2004; 43(12): 1478-1487.
 82. McCabe KM, Lucchini SE, Hough RL, Yeh M, Hazen A. The Relation Between Violence Exposure and Conduct Problems Among Adolescents: A Prospective Study. *Am J Orthopsychiatry* 2005; 75(4): 575-584.
 83. Malone RP, Luebbert JF, Delaney MA, Biesecker KA, Blaney BL, Rowan AB, Campbell M. Nonpharmacological Response in Hospitalized Children with Conduct Disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1997; 36(2): 242-247.
 84. Mardomingo MJ, Sánchez P. Trastorno de conducta disocial. En: Mardomingo MJ eds. *Práctica clínica psiquiátrica*. Madrid: Adalia, 2006: 129-137.
 85. Martens WHJ. Multisystemic Therapy for Antisocial Juveniles: Suggestions for Improvement. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2004; 48(3): 389-394.
 86. Masi G, Milone A, Manfredi A, Pari C, Paziente A, Millepiedi S. Conduct disorder in referred children and adolescents: clinical and therapeutic issues. *Comprehensive Psychiatry* 2008; 49: 146-153.
 87. Masters KJ. A CBT Approach to Inpatient Psychiatric Hospitalization. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2005; 44(7): 708-711.
 88. Masterson JF. *The psychiatric dilemma of adolescence*. New York: Brunner/ Mazel Inc, 1984.
 89. Mathias CW, Stanford MS, Marsh DM, Frick PL, Moeller FG, Swann AC, Dougherty DM. Characterizing aggressive behavior with the Impulsive/Premeditated Aggression Scale among adolescents with conduct

- disorder. *Psychiatry Research* 2007; 151: 231-242.
90. Mazet P, Houzel D. La adolescencia y sus trastornos. En: Mazet P, Houzel D. eds. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Volumen 2. Barcelona: Editorial Médica y Técnica, SA, 1981: 243-270.
 91. Mises R. Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMEA). *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia infantil*, Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente 1990; 10: 105-194.
 92. Mojarro Praxedes MD, Benjumea Pino P. Rendimientos cognitivos en trastornos hiperkinéticos y de conducta. *An. Psiquiatría* 1995; 11(5): 183-194.
 93. Mojarro MD, Benjumea P. Trastornos disociales: valoración clínica y neuropsicológica. *An. Psiquiatría* 1996; 12 (6): 252-258.
 94. Mojarro Praxedes MD, Benjumea Pino P. Los trastornos de conducta en la infancia. En: Rodríguez Sacristan J eds. *Psicopatología del niño y del adolescente*. 2ª edición. Sevilla: Universidad de Sevilla, 1998: 767-804.
 95. Montgomery P, Bjornstad G, Dennis J. Media-based behavioural treatments for behavioural problems in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. Nº: CD002206. DOI: 10.1002/14651858.CD002206.pub3.
 96. Muñoz García JJ, Navas Collado E, Graña Gómez JL. Factores psicológicos de riesgo y protección para la conducta antisocial en adolescentes. *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33(6): 366-373.
 97. National Institute for Clinical Excellence. *Clinical Guideline 25. Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric inpatient settings and emergency departments*. London, 2005. (www.nice.org.uk/CG025NICEguideline).
 98. Nelson-Gray RO, Keane SP, Hurst RM, Mitchell JT, Warburton JB, Chok JT, Cobb AR. A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy* 2006; 44: 1181-1820.
 99. Obsuth I, Moretti MM, Holland R, Braber K, Cross S. Conduct Disorders: New Directions in Promoting Effective Parenting and Strengthening Parent-Adolescent Relationships. *J. Cnd. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2006; 15(1): 6-15.
 100. Ogden T, Hagen KA. Multisystemic Treatment of Serious Behavior Problems in Youth: Sustainability of Effectiveness Two Years after Intake. *Child and Adolescent Mental Health* 2006; 11(3): 142-149.
 101. Organización Mundial de la Salud. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor, 1992.
 102. Pappadopulos E, MacIntyre II JC, Crismon ML, Findling RL, Malone RP, Derivan A, Schooler N, Sikich L, Greenhill L, Schur SB, Felton CJ, Kranzler H, Rube DM, Sverd J, Finnerty M, Ketner S, Siennick SE, Jensen PS. Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth (TRAAAY). Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42(2): 145-161.
 103. Pentz TR. Developmental considerations in the inpatient treatment of adolescents. En: Ghuman HS, Sarles RM eds. *Handbook of Adolescent Inpatient Psychiatric Treatment*. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1994: 203-223.
 104. Peterson J, Sheldon C. Treating Persistent Adolescent Aggression. *Current Treatment Options in Neurology* 2006; 8: 427-438.
 105. Perisse D, Gerardin P, Cohen D, Flament M, Mazet P. Le trouble des conduits chez l'enfant et l'adolescent: une revue des abords thérapeutiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2006; 54: 401-410.
 106. Piaget J. *The Growth of Logical Thinking*. New York, Basic Books, 1958.

107. Raine A. Annotation: The role of prefrontal deficits, low autonomic arousal, and early health factors in the development of antisocial and aggressive behaviour in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2002; 43 (4), 417-434.
108. Rappaport N, Thomas C. Recent Research Findings on Aggressive and Violent Behavior in Youth: Implications for Clinical Assessment and Intervention. *Journal of Adolescent Health* 2004; 35: 260-277.
109. Reddy LA, Atamanoff T, Springer C, Hauch Y, Braunstein D, Kranzler R. Psychosocial group prevention and intervention programs for children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2004; 13: 363-380.
110. Rey JM, Walter G, Soutullo CA. Oppositional Defiant and Conduct Disorders. En: Martin A y Volkmar FR eds. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. 4ª edición. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, 2007: 454-466.
111. Reyes M, Buitelaar J, Toren P, Augustyns I, Eerdeken M. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of risperidone maintenance treatment in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *Am J Psychiatry* 2006; 163(3): 402-410.
112. Scholte EM, van der Ploeg JD. Residential treatment of adolescents with severe behavioural problems. *Journal of Adolescence* 2006; 29: 641-654.
113. Singh NN, Lancioni GE, Singh Joy SD, Winton ASW, Sabaawi M, Wahler RG, Singh J. Adolescents with Conduct Disorder can be Mindful of their Aggressive Behavior. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2007; 15(1): 56-63.
114. Sistema Nacional de Salud. Estrategia en Salud Mental. Ministerio de Sanidad y Consumo. España, 2007. www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
115. Snyder R, Turgay A, Aman M, Binder C, Fisman S, Carroll A, The Risperidone Conduct Study Group. Effects of risperidone on conduct and disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2002; 41 (9): 1026-1036.
116. Steiner H, Petersen ML, Saxena K, Ford S, Matthews Z. Divalproex Sodium for the Treatment of Conduct Disorder: A Randomized Controlled Clinical Trial. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(10): 1183-1191.
117. Sterzer P, Stadler C, Poustka F, Kleinschmidt A. A structural neural deficit in adolescent with conduct disorder and its association with lack of empathy. *NeuroImage* 2007; 37: 335-342.
118. Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS. Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior* 2004; 9: 247-269.
119. Tcheremissine OV, Cherek DR, Lane SD. Psychopharmacology of conduct disorder: current progress and future directions. *Expert Opin. Pharmacother.* 2004; 5(5): 1109-1116.
120. Tcheremissine OV, Lieving LM. Pharmacological Aspects of the Treatment of Conduct Disorder in Children and Adolescents. *CNS Drugs* 2006; 20(7): 549-565.
121. The Conduct Problems Prevention Research Group. Evaluation of the First 3 Years of the Fast Track Prevention Trial with Children at High Risk for Adolescent Conduct Problems. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2002; 30(1): 19-35.
122. Trupin EW, Stewart DG, Beach B, Boesky L. Effectiveness of a Dialectical Behaviour Therapy Program for Incarcerated Female Juvenile Offenders. *Child and Adolescent Mental Health* 2002; 7 (3): 121-127.
123. Turgay A, Binder C, Snyder R, Fisman S. Long-Term Safety and Efficacy of Risperidone for the Treatment of Disruptive Behavior Disorders in children with Subav-

- erage IQs. *Pediatrics* 2002; 110 (3): e34. DOI: 10.1542/peds. 110.3.e34.
124. Turgay A. Psychopharmacological Treatment of Oppositional Defiant Disorder. *CNS Drugs* 2009; 23(1): 1-17.
 125. Waddell C, Lipman E, Offord D. Conduct Disorder: Practice Parameters for Assessment, Treatment, and Prevention. *Can J Psychiatry* 1999; 44 Suppl 2: 35S-40S.
 126. Waltos DH. Nursing Services. Coaching the patient to improved mental health. En: Ghuman HS, Sarles RM eds. *Handbook of Adolescent Inpatient Psychiatric Treatment*. New York: Brunner/Mazel Publishers 1994: 71-89.
 127. Webster-Stratton C, Hancock L. Training parents of young children with conduct problems. Content, methods, and therapeutic processes. En: Briesmeister JM, Schaefer C eds. *Handbook of parent training: parents as co-therapists for children's behavior problems*. 2ª ed. New York: Willey, 1997. p:98-152.
 128. Weis R, Wilson NL, Whitemarsh SM. Evaluation of a Voluntary, Military-Style Residential Treatment Program for Adolescents with Academic and Conduct Problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2005; 34(4): 692-705.
 129. Woolfenden SR, Williams K, Peat JK. Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Arch Dis Child* 2002; 86: 251-256.
 130. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am. J. Psychiatry* 1986; 143: 35-39.

