

Abordaje familiar del trastorno de comportamiento perturbador en la infancia

J.A. Jiménez Barbero, M. Pérez García¹, F. Navarro Mateu², L. Medina Garrido, J. Almela Bernal³
Unidad de Corta Estancia (UCE). Hospital Psiquiátrico «Román Alberca». El Palmar (Murcia). ¹Centro de Salud Mental de Lorca (Murcia). ²Unidad de Docencia y Formación de Salud Mental (Murcia). ³Unidad de Rehabilitación y Media Estancia (URME). Hospital Psiquiátrico «Román Alberca». El Palmar (Murcia)

Resumen

El presente trabajo trata de reflejar la eficacia observada en estudios recientes sobre los tratamientos psicoterapéuticos en niños y adolescentes que presentan problemas de comportamiento y agresividad, limitándonos exclusivamente a la intervención familiar.

La metodología utilizada fue la búsqueda bibliográfica de estudios en metabuscadores (Tripdatabase, Biblioteca Cochrane) y bases de datos (MEDLINE, CINAHL, EMBASE), centrándonos en metaanálisis, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados publicados desde el 01/01/1999.

El análisis de dichos estudios indica que la intervención familiar es eficaz y necesaria para la modificación del comportamiento perturbador en los menores, y supone una optimización de la economía sanitaria pública, al reducir de forma notable las demandas a la red sanitaria de salud mental.

También exponemos un ejemplo de este tipo de intervención en España, la Escuela de Padres, válida especialmente para los casos en que se observa un problema relacionado con la crianza del niño (Z.62, CIE-10). Sin embargo, tras la búsqueda bibliográfica, no encontramos estudios de relevancia sobre este tema en nuestro país.

Palabras clave

Trastornos de conducta, terapia familiar, formación de padres

Abstract

Title: Family approach to disruptive behavior disorder in childhood

This paper tries to reflect the performance observed in recent studies on the psychotherapeutic treatment in children and adolescents who have behavioral and aggressiveness problems, focusing exclusively on the family intervention.

The methodology used in the literature bibliographical meta-searchers (Trip Database, Cochrane Library), and Database Studies (MEDLINE, CINAHL, EMBASE), focusing on meta-analysis, systematic reviews and randomized clinical trials published since 01/01/1999.

The analysis of said studies indicate that family intervention is effective and necessary for the modification of unruly behavior in children, and mean an optimization of the economy public health, to significantly reduce the demands on the health network of mental health.

They also present an example of this type of intervention in Spain, the Parent's School, especially valid for those cases where there is a problem with the upbringing of children (Z.62, ICD-10). However, after the bibliographical search, we found no studies on this important subject in our country

Keywords

Conduct disorders, family therapy, parent training

Introducción

Los trastornos del comportamiento (TC) del adolescente constituyen un tema de gran interés, debido al aumento en la prevalencia que se ha producido en las últimas décadas, la problemática que representa para el adolescente y su entorno, y la complejidad del abordaje y el tratamiento (que debe ser multidisciplinario), así como por las consecuencias a corto y largo plazo tanto para el propio joven como para la sociedad en general¹.

Se considera que un adolescente sufre un TC cuando presenta un patrón de conducta con el que vulnera los derechos de

otras personas, así como las normas de convivencia y/o reglas socialmente aceptadas para su edad.

Es necesario diferenciar los problemas del comportamiento poco severos, que forman parte del normal desarrollo del adolescente, de un TC con la suficiente gravedad como para alterar el funcionamiento personal, académico, familiar y social¹.

Actualmente los TC constituyen el problema más frecuente de demanda de atención en los centros de salud mental de niños y adolescentes, y son también objeto de atención por parte de instituciones educativas, judiciales y sociales². El retraso del diagnóstico y, por tanto, del tratamiento es un factor

TABLA 1	Resultados				
	MEDLINE	Tripdatabase	Cochrane	CINAHL	Total
Metaanálisis	2 (4, 13)				2
Ensayos clínicos aleatorizados	13 (3, 5, 9, 11, 12, 15-17, 19-23)			1 (18)	14
Revisiones sistemáticas	1 (10)	2 (10, 14)	2 (7, 24)		3

que condiciona una peor evolución del problema, con mayor posibilidad de cronificación. No hay que olvidar que hasta el 40% de los niños con TC pueden presentar en la edad adulta un trastorno antisocial de la personalidad².

Según las clasificaciones internacionales DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado) y CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), dentro de los TC se distinguen el trastorno oposicionista desafiante (TOD) y el trastorno disocial, o trastorno de la conducta.

Una historia de problemas de conducta en la infancia es un factor pronóstico de futuros menores delincuentes: cada año el 2% de los adolescentes entra en contacto con el sistema de justicia³; de éstos, una minoría persiste en la delincuencia (delincuentes juveniles recurrentes).

Los TC y la delincuencia tienen un origen multifactorial. Aparte de un componente genético temperamental, innato en el sujeto, y de los antecedentes familiares de enfermedad mental, hay que destacar las causas ambientales de tipo familiar, que incluyen una disciplina parental rígida y una disfunción familiar. Estos factores familiares se ven afectados por factores ambientales-sociales, como la pobreza, el fracaso escolar y el desempleo, así como por relaciones sociales limitadas e inestables³.

Por ello, consideramos importante centrarnos en el abordaje familiar de los problemas de comportamiento debido a la importancia de los estilos de crianza y educativos inapropiados en el desarrollo de este tipo de trastorno⁴, así como a la necesidad de actuar de forma preventiva (antes de que se instaure un trastorno de conducta como tal)⁵.

Material y método

A partir de metabuscadores (Tripdatabase), revisiones sistemáticas obtenidas a través de la Biblioteca Cochrane y bases de datos de estudios (MEDLINE, CINAHL, EMBASE), realizamos una selección bibliográfica de artículos actuales relacionados con los trastornos de comportamiento perturbador (TOD y trastorno disocial o TC), y sus aspectos etiológicos, epidemiológicos, clínicos, evolutivos y terapéuticos. Para ello limitamos la búsqueda a metaanálisis, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas, indexados desde el 01/01/1999 y partiendo de los descriptores MESH: *conduct disorders and family therapy*, en una primera búsqueda, y *conduct disorders and parent training*, en otra posterior, que aparezcan en cualquier parte del texto del artículo.

Resultados

Finalmente, tras descartar los artículos que no guardan una relación directa con nuestro objeto de estudio, seleccionamos un total de 20, que se relacionan en la tabla 1.

Los hallazgos de prevalencia de TC oscilan entre un 1,5 y un 3,4% según los diversos estudios; son más frecuentes en las zonas urbanas y en las personas de clases sociales bajas, aunque últimamente se están observando también en las clases medias altas¹.

En los preadolescentes, los TC son 5 veces más habituales en niños que en niñas, aunque en la adolescencia los porcentajes se igualan. Una posible explicación de ello puede ser que los instrumentos de medida tienen más en cuenta los síntomas característicos de los varones, como la agresividad explícita, que los modos de actuar femeninos, como la agresividad encubierta (falsos testimonios, rumores, humillaciones); de esta manera, se tiene una falsa apreciación de que los TC son más frecuentes en los niños durante la infancia.

Los TC se presentan o como entidades nosológicas aisladas o bien en comorbilidad con otros trastornos: trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), patrón alterado de apego, trastorno emocional (depresión o ansiedad) y trastorno de personalidad, entre otros².

Según varios estudios, algunos factores determinantes en la aparición de trastornos de comportamiento perturbador son los estilos de crianza y educativos inapropiados⁴, relacionados en el diagnóstico Z.62 según la CIE-10 (problemas relacionados con la crianza del niño), y que se suelen traducir en: disciplina poco firme o muy severa, discordancia de criterios entre los padres, poca o nula supervisión, padres que prestan excesiva atención a las conductas inadecuadas o las premian, que no enseñan a los niños conductas sociales adecuadas y no ponen normas o límites.

Dada la complejidad del abordaje de los TC en la adolescencia, parece evidente la necesidad de intervenir antes, durante la infancia. Para ello, es imprescindible una detección precoz de las conductas que podrían desembocar en un TC, principalmente el TDAH y el TOD⁵.

La literatura médica actual está prestando una atención cada vez mayor al papel de estas intervenciones en la primera infancia para prevenir la delincuencia y el TC. Sin embargo, siempre habrá niños con problemas de conducta que no tengan acceso a estas intervenciones. El programa Incredible Years, de Webster-Stratton, es uno de los pocos disponibles para el

tratamiento y la prevención del TC, que incorpora todos los factores identificados y se puede utilizar con los sujetos desfavorecidos de alto riesgo, ya sea con las familias que no participan o en los que abandonan estos programas⁶.

El tratamiento se aborda desde dos perspectivas:

- **Farmacológica.** Ampliamente investigada y desarrollada por diversos estudios que proponen el uso de psicoestimulantes, como el metilfenidato o los inhibidores de la recaptación de noradrenalina (p. ej., atomoxetina), considerados tratamientos farmacológicos de primera línea, los antidepresivos tricíclicos, que se emplean como tratamientos de segunda línea para el tratamiento del TDAH^{7,8}, o los neurolépticos, en el tratamiento del TOD.
- **Psicosocial.** Incluye las intervenciones educativas, las Escuelas de Padres, los tratamientos de modificación conductual, la terapia cognitivo-conductual, el entrenamiento en habilidades sociales y la terapia familiar. El entrenamiento de padres consiste en enseñar a los padres diversas técnicas de terapia de conducta para usar con sus hijos: identificación de conductas problema, refuerzo de conductas positivas, atención diferencial, tiempo fuera, etc.

Desde esta perspectiva, se ha comprobado en Alemania la eficacia general del KES, un programa de formación de padres de niños con problemas de conducta, en el que se combina una formación teórica en forma de sugerencias para el cambio con ejercicios prácticos en forma de juegos de rol³.

Un metaanálisis de ocho ensayos clínicos aleatorizados recomienda diversos tipos de intervención sobre la crianza de los hijos en familias con niños que presentan problemas de conducta, como la formación multisistémica de padres (MST) y la intervención multidimensional en hogares de guarda (MTFC)⁴. Asimismo, sugiere que las intervenciones psicofamiliares sobre los delinquentes juveniles y sus familias tienen efectos beneficiosos en la reducción del tiempo de permanencia en las instituciones y sus actividades delictivas.

Asimismo, existen numerosos ensayos clínicos que demuestran la eficacia de distintos tipos de programas psicoeducativos (como el PEP, el Incredible Years o el Triple-P), así como la posibilidad de prevenir los problemas de conducta en menores^{5,6,9,10}. El programa Family Check-Up ha demostrado la importancia de la implicación materna en la prevención de dichos trastornos¹¹.

Resultan de especial interés algunos estudios que no sólo avalan la eficacia de estos programas, sino que además parecen demostrar su eficiencia, es decir, su relación coste-beneficio^{12,13}, lo cual indica que este tipo de intervenciones son necesarias como medio para reducir el gasto sanitario.

En el ámbito de la prevención, una revisión sistemática de 1999¹⁴ arrojaba conclusiones desalentadoras y señalaba que las intervenciones conductuales parecían ser las únicas que ofrecían resultados positivos. También resulta interesante un estudio que sugiere la necesidad de programas de prevención que

integren múltiples componentes en función de los factores de riesgo que puedan favorecer la aparición de los TC. Este estudio examinó si la relación entre los factores de riesgo para problemas de conducta y las bajas tasas de participación en el tratamiento de salud mental puede disociarse a través de la prestación integrada de servicios de prevención¹⁵.

En este sentido, en situaciones familiares de alto riesgo (basadas en una historia familiar de comportamiento antisocial y con bajos ingresos), se demostró la viabilidad de un programa de prevención con problemas de conducta en preescolares: los cambios significativos logrados en la crianza de los hijos sugieren que un enfoque preventivo es prometedor para las familias con múltiples factores de riesgo¹⁶.

En el caso de los adolescentes con problemas de conducta asociada a consumo de tóxicos, se ha demostrado la eficacia de la terapia familiar breve estratégica en grupos sociales marginales (p. ej., familias hispanas)¹⁷.

Por otro lado, la figura de la enfermera escolar (que no existe aún en España) ha demostrado en otros países ser de gran importancia a la hora de detectar y prevenir los TC en niños. Puede ser un instrumento para educar al personal especializado sobre los factores de riesgo, y también sobre los primeros comportamientos asociados. Asimismo, las intervenciones deben iniciarse en la escuela primaria con el fin de interrumpir las conductas que pueden ser difíciles o imposibles de cambiar una vez que comienza la adolescencia¹⁸.

Finalmente, destacamos dos revisiones sistemáticas, publicadas en 1999 y 2007, respectivamente, en las que se pone de manifiesto que los programas de educación para padres de niños con problemas de comportamiento obtienen resultados esperanzadores^{10,13}.

Si abordamos el problema desde los TC diagnosticados, se han realizado estudios similares en relación con el tratamiento familiar del TOD^{5,19,20}. El tratamiento recomendado es multimodal y amplio, con participación individual y familiar, enfoques psicoterapéuticos, medicación y socioterapia⁹.

En cuanto al TDAH, los estudios indican que podría conseguirse una mejora palpable de la impulsividad e hiperactividad en niños tras el seguimiento de un programa de estas características^{5,7,21,22}.

Discusión

En definitiva, existen ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas que prueban que los problemas de conducta pueden tratarse con intervenciones cognitivo-conductuales en la crianza de los hijos^{23,24}.

En España, un ejemplo de este tipo de intervenciones lo constituye la Escuela de Padres, es decir, una intervención grupal psicopedagógica que consiste básicamente en el desarrollo de una serie de sesiones con grupos de padres de niños que presentan problemas de comportamiento y en los que se detec-

TABLA 2

Planificación y metodología de la Escuela de Padres

Planificación previa	Metodología
<ul style="list-style-type: none"> • A quién va dirigida: padres, madres, tutores • Número de sesiones: 8-9 sesiones semanales + 6 sesiones mensuales de repaso + sesiones de recuerdo • Tamaño de los grupos: 12-15 como máximo 	<ul style="list-style-type: none"> • Parte teórica: enfermería (guías de padres) • Parte práctica: psicología (ejemplos, ejercicios...)

TABLA 3

Requisitos de la Escuela de Padres

Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo terapéutico: psicólogo/a, enfermero/a, terapeuta ocupacional...
Recursos materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de reuniones amplia • Equipo de reproducción audiovisual • Guías de padres²⁶ • Papel y material para escribir
Criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none"> • Padres de niños de 5-16 años de edad con problemas de comportamiento • Diagnóstico inicial de Z.62, según la CIE-10 (problemas relacionados con la crianza) • Diagnóstico de enfermería de «deterioro parental», según la taxonomía NANDA

ta un diagnóstico Z.60, con el fin de mejorar positivamente sus actitudes, conocimientos y habilidades de educación de niños con estas características²⁵.

Estos grupos se elaborarán a partir de una planificación previa y una determinada metodología (tabla 2), que tendrá en cuenta los recursos humanos y materiales de las familias, así como los criterios de inclusión (tabla 3).

Sin embargo, no se han realizado estudios de relevancia en España que demuestren la eficacia de la terapia familiar para problemas de conducta en niños, salvo dos ensayos clínicos aleatorizados, efectuados en 2002 y 2003, que, aunque rigurosos, se centran exclusivamente en la importancia de la psicoeducación familiar en niños con TDAH^{21,22}. Ello parece indicar la necesidad de realizar más trabajos e investigaciones en nuestro país que permitan validar la eficacia de este abordaje familiar para otros trastornos del comportamiento perturbador.

Conclusiones

Existen varios estudios que avalan la eficacia objetiva de programas psicoeducativos con una filosofía similar a la de la Escuela de Padres, y demuestran que un tratamiento integral al niño y a la familia ante problemas de conducta ofrece una respuesta terapéutica añadida a otros tratamientos farmacológicos que, por sí solos, no podrían abordar un patrón conduc-

tual que se está instaurando en el niño, muy influenciado por su entorno. En este sentido, es destacable el efecto ejercido por el modelo de crianza adoptado por los padres, así como la respuesta que la familia tiene ante el comportamiento del niño, lo cual contribuye a que éste se aferre a un estilo de comportamiento que, a su vez, le ha sido asignado.

Por tanto, estos programas podrían no sólo ser necesarios desde el punto de vista terapéutico, sino que también suponen una optimización de la economía sanitaria pública, al reducirse de forma notoria las demandas a la red sanitaria de salud mental, disminuir el gasto farmacológico e incluso prevenir futuras conductas disociales o antisociales. La formación de padres parece ser un medio eficaz y potencialmente rentable como terapia para niños con problemas de conducta. ■

Bibliografía

1. Hidalgo Vicario MI. Trastornos del comportamiento en la adolescencia. Un reto para la prevención. Congreso de SEPEAP. Granada, 2006.
2. Javaloyes-Sanchís MA, Redondo Romero AM. Trastorno del comportamiento: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros trastornos del comportamiento. Curso de formación continuada en psiquiatría infantil. *Pediatr Integral*. 2005; 6: 27-37.
3. Grimm K, Mackowiak K. KES-Training for parents of children with conduct behaviour problems. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2006; 55(5): 363-383.
4. 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.
5. Hautmann C, Hanisch C, Mayer I, Plüsch J, Döpfner M. Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behaviour (PEP) in children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: generalization to the real world. *J Neural Transm*. 2008; 115(2): 363-370.
6. Hutchings J, Gardner F, Bywater T, Daley D, Whitaker C, Jones K, et al. Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*. 2007; 334(7595): 678.
7. Karande S. Attention deficit hyperactivity disorder: a review for family physicians. *Indian J Med Sci*. 2005; 59(12): 546-555.
8. Ramos Vicente Y, González Seijo JC. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una actualización. *Boletín Pediátrico*. 2007; 47: 116-124.
9. Sanders MR, Markie-Dadds C, Tully LA, Bor W. The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(4): 624-640.
10. Dimond C, Hyde C. Parent education programmes for children's behaviour problems: medium to long term effectiveness. Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE). Full record display n.º 26/1999.
11. Shaw DS, Dishion TJ, Supplee L, Gardner F, Arnds K. Randomized trial of a family-centered approach to the prevention of early conduct problems: 2-year effects of the family check-up in early childhood. *J Consult Clin Psychol*. 2006; 74(1): 1-9.
12. Dretzke J, Frew E, Davenport C, Barlow J, Stewart-Brown S, Sandercock J, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of pa-

- rent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. *Health Technol Assess*. 2005; 9(50): 1-233.
13. Edwards RT, Ceilleachair A, Bywater T, Hughes DA, Hutchings J. Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: cost effectiveness analysis NHS Economic Evaluation Database (NHS EED)-Full record display. 2007; 334: 682-685.
 14. Bryant D, Vizzard LH, Willoughby M, Kupersmidt J. A review of interventions for preschoolers with aggressive and disruptive behavior. Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE). Centre for Reviews and Dissemination University of York, 1999.
 15. Nix RL, Pinderhughes EE, Bierman KL, Maples JJ. The Conduct Problems Prevention Research Group. Decoupling the relation between risk factors for conduct problems and the receipt of intervention services: participation across multiple components of a prevention program. *Am J Community Psychol*. 2005; 36(3-4): 307-325.
 16. Brotman LM, Klein RG, Kamboukos D, Brown EJ, Coard SI, Sosinsky LS. Preventive intervention for urban, low-income preschoolers at familial risk for conduct problems: a randomized pilot study. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2003; 32(2): 246-257.
 17. Santisteban DA, Coatsworth JD, Pérez-Vidal A, Kurtines WM, Schwartz SJ, LaPerriere A, et al. Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *J Fam Psychol*. 2003; 17(1): 121-133.
 18. Barcalow K. Oppositional defiant disorder: information for school nurses. *J Sch Nurs*. 2006; 22(1): 9-16.
 19. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond MJ. Treating children with early-onset conduct problems: intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Clin Child Adolesc Psychol*. 2004; 33(1): 105-124.
 20. Steiner H, Remsing L; Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(1): 126-141.
 21. Roselló B, García-Castellar R, Tárraga-Mínguez R, Mulas F. The role played by parents in the development and learning of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol*. 2003; 36 Supl 1: 79-84.
 22. Miranda A, García R, Presentación MJ. Factors modulating the efficacy of psychosocial treatment in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol*. 2002; 34 Supl 1: 91-97.
 23. Scott S, Spender Q, Doolan M, Jacobs B, Aspland H. Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *BMJ*. 2001; 323: 194-203.
 24. Barlow J, Stewart-Brown S. Review article: behavior problems and parent-training programmes. *J Dev Behav Pediatr*. 2000; 21: 356-370.
 25. Ruiz Lozano MJ, Bastida Pozuelo F. *Escuela de Padres: método de intervención psicoterapéutica*. Murcia: Servicio Murciano de Salud, 2005.
 26. Ruiz MJ, Gómez-Ferrer C. *Guías para padres 2005*. Disponible en: www.Murciasalud.es