

Guía clínica para el trastorno negativista desafiante

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

Guía Clínica para el Trastorno Negativista Desafiante

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

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

Guía Clínica para el Trastorno Negativista Desafiante

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

Editores

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

Validación Interna

Ingrid Vargas, Nayelhi Saavedra

Validación externa

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

Aspectos Éticos

Liliana Mondragón

Producción editorial

Patricia Fuentes de Iturbe

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

Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales

Secretaría de Salud

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

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

ISBN: 978-607-460-160-2

Edición 2010

Impreso en México

Citación

Vásquez MJ, Feria M, Palacios L, De la Peña F. (2010). Guía clínica para el Trastorno Negativista Desafiante. Ed. Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

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

Índice

Prólogo	5
Introducción	7
Objetivos de la Guía	7
1. Definición del Trastorno Negativista Desafiante	11
2. Clasificación diagnóstica	11
3. Epidemiología	12
4. Aspectos socioculturales	13
5. Etiología	13
6. Curso y pronóstico	14
7. Evaluación, diagnóstico y recomendaciones generales	15
8. Tratamiento	16
Conclusiones	19
Aspectos Éticos	20
Referencias	22

Prólogo

Los datos más recientes en torno a la salud en México muestran cómo las enfermedades mentales, por su curso crónico que se refuerza por el hecho de que sólo una pequeña parte recibe tratamiento, provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas. Por ejemplo, entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, la depresión ocupa el primer lugar; se trata de una enfermedad frecuente con alto nivel de discapacidad, de acuerdo con las encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*¹, el 6.4% de población la padece. Los trastornos relacionados con el consumo de alcohol ocupan el noveno lugar (2.5%) y la esquizofrenia el décimo (2.1%) en cuanto a carga de la enfermedad².

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta Guía revisa los conceptos generales del Trastorno Negativista Desafiante (TND) que junto con el Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad y el Trastorno Disocial están clasificados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición texto revisado (DSM-IV-TR), bajo el epígrafe "*Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador*", también denominados como trastornos externalizados por los especialistas a nivel mundial, previamente descritos en la guía del TDAH.

La clasificación diagnóstica que se utilizará será el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA); no obstante, es idéntica a la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), difieren en sus condiciones diagnósticas, considerándolo esta última como un subtipo menos grave de trastorno disocial.

Además de proporcionar herramientas clínicas de diagnóstico, tratamiento farmacológico y estrategias de intervención psicosocial, la Guía está encaminada a asistir en el reconocimiento de las características clínicas que deben ser objeto de referencia a un especialista en el área.

Objetivos de la Guía

1. Contar con los conocimientos básicos para identificar, evaluar y diagnosticar el Trastorno Negativista Desafiante.
2. Conocer la etiología, curso y pronóstico del TND.
3. Conocer las principales medidas terapéuticas que pueden implementarse teniendo en cuenta algoritmos para su uso y canalización a otros niveles de atención.

Guía Clínica para el Trastorno Negativista Desafiante

El Trastorno Negativista Desafiante (TND) se caracteriza por un patrón recurrente de conductas no cooperativas, desafiantes, negativas, irritables y hostiles hacia los padres, compañeros, profesores y otras figuras de autoridad.

Son niños y adolescentes discutidores, desafiantes y provocadores que se enojan y pierden el control con facilidad. A diferencia del Trastorno Disocial, no hay violaciones de las leyes ni de los derechos básicos de los demás.

Este comportamiento, se presenta por un periodo mayor a seis meses y con más intensidad que en otros adolescentes de su misma edad. Este trastorno interfiere casi siempre en sus relaciones interpersonales, su vida familiar y su rendimiento escolar. Como consecuencias secundarias a estas dificultades, los niños suelen tener baja autoestima, escasa tolerancia a las frustraciones y depresión.

Clasificación diagnóstica

2

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

El DSM-IV-TR y la CIE-10 comparten idénticos criterios diagnósticos, pero difieren en sus condiciones diagnósticas. El DSM-IV-TR, lo incluye en los trastornos por conductas perturbadoras, mientras que en la CIE-10 se considera un subtipo menos grave de trastorno disocial: El "trastorno disocial desafiante y opositor (F91.3).

En esta Guía utilizaremos los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, donde se especifica que este trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo. No se cumplen los criterios del trastorno disocial y si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco cumple los criterios de trastorno antisocial de la personalidad (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios diagnósticos del TND
DSM-IV-TR

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de las siguientes conductas:

1. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
2. A menudo discute con adultos.
3. A menudo desafía activamente a los adultos o se rehúsa a cumplir sus demandas.
4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
5. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
6. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.
7. A menudo es colérico y resentido.
8. A menudo es rencoroso o vengativo.

Nota. Considerar que se cumple un criterio, sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad

3

Epidemiología

La prevalencia del TND varía en función de la naturaleza de la población estudiada y de los métodos de evaluación. Se han hallado tasas de trastorno negativista desafiante situadas entre el 2 y el 16 %.

Este trastorno puede aparecer desde los 3 años de edad, aunque suele iniciarse a los 8 y normalmente no después de la adolescencia. Antes de la pubertad es más común en hombres que en mujeres, aunque la distribución por sexos se iguala en la adolescencia.

Los síntomas negativistas acostumbran a aflorar en el ambiente familiar, pero con el paso

del tiempo pueden producirse en otros ambientes. Su inicio es típicamente gradual, y suelen mantenerse a lo largo de meses o años. En una proporción significativa de casos, el trastorno negativista desafiante constituye un antecedente evolutivo del trastorno disocial.

Este trastorno afecta aproximadamente de 2 a 16 niños y adolescentes de cada 100 y es más frecuente entre los jóvenes de familias de un estado socioeconómico bajo.

Aspectos socioculturales **4**

El trastorno negativista desafiante parece ser más frecuente en familias donde por lo menos uno de los padres cuenta con una historia de trastorno del estado de ánimo, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno antisocial de la personalidad o trastorno por consumo de sustancias. Además, algunos estudios sugieren que las madres con trastorno depresivo cuentan con más probabilidades de tener hijos con trastorno negativista, aunque no está claro en qué medida la depresión materna es el resultado del comportamiento negativista de los niños o su causa. El trastorno negativista desafiante es más frecuente en familias donde existen conflictos conyugales graves.

El trastorno **parece molestar más a las personas que lo rodean que al propio niño o adolescente que lo presenta**. Pueden tener problemas en la relación con los amigos y pueden percibir las relaciones humanas como insatisfactorias.

A pesar de tener un nivel de inteligencia adecuado, su rendimiento académico es bajo, ya que se niegan a participar, se resisten ante las demandas externas e insisten en solucionar sus problemas sin la ayuda de los demás.

Como **consecuencias secundarias** a estas dificultades suelen tener una **baja autoestima, escasa tolerancia a la frustración, ánimo deprimido y estallidos de enojo**.

Etiología **5**

Como se ha mencionado, la conducta oposicionista puede ser normal en ciertas etapas del desarrollo; es necesaria para asumir una individualidad y poder establecer normas y controles internos.

Cuando no se puede expresar abiertamente la agresión ésta es bloqueada, entonces puede expresarse como una resistencia pasiva, es decir: no coopera, no sigue instrucciones, así se convierte en una forma de manejar el estrés para el niño o el adolescente. De esta manera, estas conductas se convierten en parte de las manifestaciones que persisten aún después de que su función "adaptativa" hubiera terminado.

En algunos niños y adolescentes, la sintomatología negativista puede aparecer como reacción a un accidente, enfermedad, después de un evento traumático, o puede ser una defensa contra sentimientos de incapacidad, incompetencia, ansiedad, pérdida de autoestima o tendencias de sumisión.

1. Teoría biológica – fisiológica: Hoy día parece un hecho demostrado que en los niños y adolescentes con problemas de conducta existen factores heredados de tipo neurofisiológico, psicofisiológico y bioquímico que los predisponen a manifestar conductas inmaduras, infantiles y de baja tolerancia a la frustración, etcétera. Se sabe que la conducta agresiva está relacionada con factores bioquímicos (con sustancias que tenemos en el cerebro), hormonales.

2. Teoría del aprendizaje: Plantea que las características negativas del trastorno son actitudes que los jóvenes aprenden de las técnicas negativas empleadas por los padres y figuras de autoridad (castigos, gritos, golpes, ignorarlos, etcétera).

Esto hace que los jóvenes tengan conductas agresivas, groseras y rebeldes; ya que de esta forma logran la atención, el tiempo, la preocupación y la interacción que desean obtener de sus padres o de las figuras de autoridad.

En el TND no existen patrones de crianza familiares distintivos, pero se ha encontrado que muchos de los padres de niños o adolescentes con este trastorno se interesan de manera exagerada por el poder y el control sobre sus hijos.

En algunas familias se han observado hermanos obstinados, madres deprimidas y controladoras y padres pasivo-agresivos, (por ejemplo, ignorar la educación de los hijos, pero criticar cualquier intervención de la madre). Si alguna de estas características familiares sucede en casa del paciente, le sugerimos que envíe a su paciente y familia a alguna intervención psicosocial, como por ejemplo terapia familiar.

6

Curso y pronóstico

El **TND** suele ponerse de manifiesto antes de los 8 años de edad y en general no más tarde del inicio de la adolescencia. Los síntomas negativistas acostumbra a aflorar en el ambiente familiar, pero con el paso del tiempo pueden producirse en otros ambientes. Su inicio es típicamente gradual, y suelen mantenerse a lo largo de meses o años.

El pronóstico del TND depende de muchas variables, entre las que se incluye la gravedad del trastorno, la estabilidad a lo largo del tiempo, la presencia de otros trastornos (como Trastorno Disocial (TD), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastornos del Aprendizaje, Trastornos del estado de Ánimo y Trastornos de Abuso de Sustancias) y el grado de integración familiar.

Alrededor de 25 de cada 100 niños a los que se les hace el diagnóstico de TND puede ser que dejen de cumplir con él después de unos años. En estos casos, se desconoce si los criterios se aplicaron a niños, cuyo comportamiento era normal desde el punto de vista evolutivo o si el trastorno remitió espontáneamente. Estos pacientes tienen el mejor pronóstico.

Las personas en las que el diagnóstico persiste pueden mantenerse estables o comenzar a violar los derechos de los demás y así desarrollar un Trastorno Disocial. Por lo tanto, el pronóstico de los niños y adolescentes con un TND depende de alguna manera del grado de funcionamiento familiar y del desarrollo o no de otras psicopatologías.

La secuencia más probable sería: inicio del TDAH, luego el TND pueden ser comórbidos con trastornos de ansiedad; trastorno disocial en la adolescencia comórbidos con cualquier trastorno internalizado (ansiedad y/o depresión) y con una posible evolución hacia el consumo de sustancias adictivas, como también alta probabilidad de desarrollar el trastorno antisocial de la personalidad en edad adulta.

Evaluación, diagnóstico y recomendaciones generales

7

Todos los niños en ciertas ocasiones se pueden mostrar desafiantes o desobedientes con sus padres, sus profesores o con otros adultos, principalmente cuando se encuentran cansados, con hambre, estresados, preocupados o indispuestos. Esta conducta se observa de manera frecuente en los niños entre los dos y tres años de edad como parte normal de su desarrollo, ya que en esta etapa comienzan a formar su propia identidad, establecer su autonomía y a imponerse normas y controles. Otro periodo en el cual podemos observar este comportamiento es la adolescencia, como expresión de la necesidad de independizarse de los padres y desarrollar su propia personalidad.

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

Puesto que todas las características del trastorno negativista desafiante suelen estar presentes en el **TD**, el **TND** no se diagnostica si se cumplen criterios de trastorno disocial.

El trastorno negativista es una característica comúnmente asociada a **trastornos del estado de ánimo** (Trastornos Internalizados) y a **trastornos psicóticos** de niños y adolescentes y no

debe ser diagnosticado separadamente si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno psicótico. Los comportamientos negativistas también pueden distinguirse del comportamiento perturbador resultante de la desatención y la impulsividad propias del **TDHA**. Cuando coexisten ambos trastornos, deben diagnosticarse los dos.

En sujetos con **retraso mental**, sólo se establece un diagnóstico de trastorno negativista desafiante cuando el comportamiento negativista es notablemente mayor que la habitualmente observada en sujetos de edad, sexo y gravedad del retraso mental comparables.

El **TND** también debe distinguirse de una incapacidad para seguir normas, resultante de una **alteración de la comprensión del lenguaje** (por ejemplo, pérdida auditiva, trastorno del lenguaje receptivo-expresivo).

Sólo debe considerarse el diagnóstico de **TND** si los comportamientos en cuestión aparecen más a menudo y tienen consecuencias más graves que las observadas típicamente en otros sujetos de nivel de desarrollo comparable, conduciendo a deterioro significativo de la actividad social académica o laboral.

8

Tratamiento

El tratamiento fundamental del TND es la psicoterapia individual, familiar y grupal e implica trabajar con el niño o adolescente y los padres.

Psicoterapia individual

La psicoterapia individual suele emplear un enfoque cognitivo conductual para aumentar la capacidad del paciente para resolver los problemas y sus habilidades de comunicación y de control de la ira y el impulso.

Terapia familiar

La terapia familiar tiene a menudo como objetivo la introducción de cambios en la familia, como por ejemplo, mejorar la capacidad de comunicación y fomentar la interacción entre los miembros de la familia. La crianza de estos niños puede ser una tarea muy difícil para los padres, quienes necesitan apoyo, comprensión y habilidades que les permitan desarrollar enfoques más eficaces para la crianza de los hijos.

Terapia grupal

La terapia de grupo con niños o adolescentes de su misma edad y problema, a menudo, se centra en el desarrollo y utilización de las habilidades sociales e interpersonales.

Psicofármacos

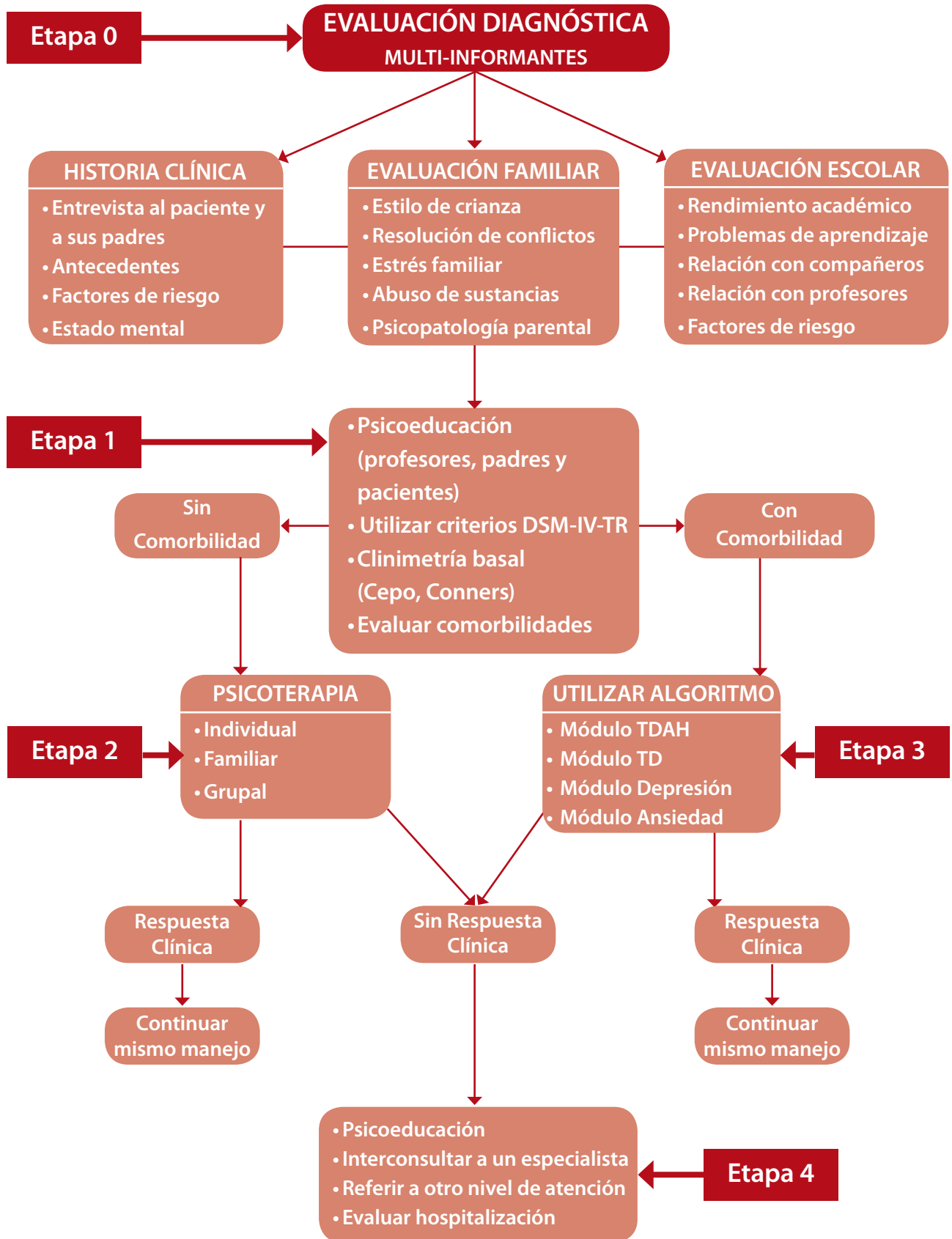
Si bien los psicofármacos no se consideran eficaces para el tratamiento del TND, pueden utilizarse sólo si otros síntomas o trastornos están presentes (que es más la regla que la excepción) y responden al medicamento.

Junto con la terapia, se puede recomendar alguna intervención farmacológica para tratar de controlar las conductas negativistas desafiantes y su comorbilidad (Depresión y/o Ansiedad). También se puede considerar una interconsulta a un especialista del área o una referencia a otro nivel de atención (**Figura 1**).

Estrategias efectivas para el manejo de pacientes con TND en la escuela y la casa

1. Explore y escriba cómo el paciente percibe las reglas y figuras de autoridad.
2. Fomente un mayor nivel de confianza con el chico (a) mediante un consistente contacto visual (véalo a los ojos al hablar con él) escuchando activamente, (repetir lo que él -ella- le dice, siendo amable para ayudarlo a incrementar el descubrimiento de pensamientos y sentimientos.
3. Reconozca y elogie las conductas apropiadas e ignore los comportamientos indeseables superficiales.
4. Contribuya a restaurar su autoestima (no le juzgue).
5. Explique a los padres y profesores que siempre es mejor reconocerle las conductas positivas que castigarlo por conductas negativas, no aplicar castigos excesivos o demasiado rígidos ya que pueden provocar la aparición de respuestas agresivas por parte del chico (a). Por ejemplo, no castigar sin ver TV por un mes si no se puede cumplir.
6. Comente a los padres y profesores que es mejor escuchar al chico (a), si hubo algún problema es necesario darle la oportunidad de que explique sus razones, a fin de entender por qué actuó de determinada manera.
7. Establezca y escriba qué comportamientos considera que son aceptables o inaceptables, para sus profesores, compañeros y familia, platíquelo con el paciente para que esto promueva las conductas prosociales (ayudar a otros) y de cooperación.
8. Anímelo a que identifique y hable sobre la conexión entre sus sentimientos y sus conductas desafiantes, negativistas y hostiles; lo mismo que de los sentimientos asociados a las conductas prosociales y de cooperación.
9. Recuérdele que el respeto que pide para él (ella), es el mismo que debe ofrecer para los demás.
10. Identifique los desencadenantes o causas de los sentimientos de enojo, pregunte al chico (a) y elabore una lista de los individuos y situaciones que le generan sentimientos de enojo y las razones para esto.
11. Informe a los padres y profesores que deben ser consistentes con los cambios de crianza hacia el paciente, si algunos días es amable y otros agresivo (a), la conducta del chico (a) será peor.

Figura 1. Algoritmo de tratamiento farmacológico para el TND en niños y adolescentes



Conclusiones

Como se ha visto, el TND afecta no sólo al niño o al adolescente, sino también a la familia, a los profesores y los compañeros. Se caracteriza por un patrón persistente de desafío y reto a las normas y reglas.

El origen es tanto biológico, como psicosocial, resaltando que se asocia con patrones de crianza agresivos, rígidos e inconsistentes; el establecimiento y el logro de una comunicación amigable, no agresiva es fundamental en el tratamiento.

Cuando el TND no se atiende adecuadamente puede evolucionar a un problema de conducta mayor como el Trastorno Disocial, en caso de tener duda diagnóstica o si presenta más de un padecimiento (comorbilidad), de ser posible realice una interconsulta con un especialista o refiéralo a otro nivel de atención.

Aspectos Éticos

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

Consideraciones éticas en la relación con el paciente

Asentimiento del menor

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

Consentimiento

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

Principios éticos

Respeto por las personas

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

Beneficencia

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

Justicia

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

Solidaridad

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

Responsabilidad

Responder voluntariamente a las necesidades del paciente.

Pautas éticas para profesionales de la salud

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

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

Derechos humanos y derechos de la niñez

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

Referencias

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

Barkley RA: Defiant children: a clinician's manual for parent training. New York, Guilford Press, 1987

Greene RW, Biederman J, Zerwas S, Monuteaux M, Goring JC, Faraone SV: Psychiatric co-morbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1214-1224

Jongsma AE, Peterson LM, McLinnis WP: The Adolescent Psychotherapy Treatment Planner. New Jersey, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, 2006

Larsson B, Fossum S, Clifford G, Drugli MB, Handegard BH, Mørch WT: Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 18(1):42-52

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

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

Reeves JC, Werry JS, Elkind GS, Zametkin A: Attention deficit, conduct, oppositional, and anxiety disorders in children II: clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26:144-55

Shapiro SK, Garfinkel HD: The occurrence of behavior disorders in children: the interdependence of attention deficit disorder and conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1986; 25:809-19

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

Werry JS, Reeves JC, Elkind GS: Attention deficit, conduct, oppositional, and anxiety disorders in children I: a review of research on differentiating characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26:133-43.

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

