

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO MULTIMODAL INSTITUCIONAL DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA. CURSO 2007-08

Rafael Portugal Fernández, Especialista en Psicología Clínica¹

Iria Espiño Díaz, Médico Psiquiatra²

Iria Veiga Ramos, M.I.R. de Psiquiatría¹

Alberte Araújo Vilar, Médico Psiquiatra¹

¹Servicio de Psiquiatría. Hospital “Prof. Gil Casares”. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

²Unidade de Saúde Mental do Hospital da Costa (Burela - Lugo)

Correspondencia: fernanrafael@yahoo.es

Resumen

El Colegio de Educación Especial “O Pedroso”, para Alumnado con Trastornos Graves de Conducta, cuenta con un programa de tratamiento y evaluación. Los resultados del programa de tratamiento obtenidos en los cursos 2004-05, 2005-06 y 2006-2007 fueron muy satisfactorios. También lo son los del curso 2008-09.

Abstract

The school “O Pedroso” for students with server conduct disorders applies a treatment and assessment program in order to test the validity of its interventions and to improve them. During the courses 2004-05, 2005-06 and 2006-07 its results were very satisfactory. They are also it those of the course 2007-08.

Palabras clave

Trastornos de conducta, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, tratamiento, evaluación.

Key words

Disruptive behavior disorders, oppositional defiant disorder, conduct disorder, treatment, evaluation.

A – EL COLEGIO “O PEDROSO”

1 – INTRODUCCIÓN

El Colegio de Educación Especial para Alumnado con Trastornos Graves de Conducta “O Pedroso” está situado en Santiago de Compostela. Se trata de un colegio

público, dependiente de la *Consellería de Educación e Ordenación Universitaria de la Xunta de Galicia*.

“O Pedroso” inicia su andadura en el curso 2001-02, aunque no es inaugurado oficialmente hasta el curso siguiente. Surge para dar respuesta a un número elevado y creciente de alumnos que, debido a sus trastornos de conducta, se hayan desescolarizados –bien por haber sido expulsados de los centros o bien en situación de desescolarización funcional-. Debido a que los alumnos provienen de toda Galicia, el colegio funciona en régimen de internado de lunes a viernes. Tiene capacidad para 12 alumnos.

Mediante un acuerdo con la Consejería de Sanidad se establece un protocolo de colaboración que supone la incorporación al colegio de un psiquiatra (a tiempo parcial) y de un psicólogo clínico del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Una descripción amplia del colegio y una exposición del tratamiento institucional ya han sido anteriormente presentadas y a ellas se remite al lector interesado (1). Asimismo, también se ha presentado nuestra manera de entender los trastornos de conducta (2).

2- ALUMNADO.

Los alumnos han de presentar trastorno negativista desafiante (TND en adelante) y/o trastorno disocial (TD en adelante) como diagnósticos principales (siguiendo criterios DSM-IV-TR). En una alta proporción presentan un trastorno por déficit de atención con hiperactividad comórbido (TDAH en adelante), no descartándose otras patologías asociadas, como el trastorno obsesivo compulsivo (TOC en adelante), síndrome de Gilles de La Tourette, síndrome de Asperger y los trastornos del control de impulsos. Se excluyen aquellos con retraso mental no leve, abuso-dependencia de sustancias psicoactivas como problema médico principal, autismo, psicosis infantil y otras patologías orgánico-cerebrales. Para poder ser escolarizados en este centro debe haberse realizado previamente el tratamiento ambulatorio correspondiente y deben haberse agotado todas las posibilidades de escolarización. Sólo ante el fracaso de esas medidas ordinarias, informadas por escrito por los responsables de salud mental y educación, se procede a la valoración para la escolarización especial en “O Pedroso”.

La edad de los alumnos va desde los 6 a los 21 años como corresponde a un colegio de educación especial. Sin embargo, en la práctica, el rango de edad de los alumnos escolarizados es de 12 a 18 años. Su escolarización en nuestro centro debe comenzar antes del final de la edad de escolarización obligatoria, es decir, de los 16 años. Sin embargo, tratamos de que los nuevos alumnos no superen los 14 años para que al llegar a los 16, si desean abandonar la escolarización, hayan completado el programa de tratamiento. Este programa tiene una duración de dos años (por los motivos que veremos más adelante).

3 – PROGRAMA DE TRATAMIENTO

El programa de tratamiento consta de cuatro tipos de intervención:

- Tratamiento psicofarmacológico. El psiquiatra del centro se encarga de prescribir y seguir la evolución de aquellos alumnos que considera que pueden beneficiarse de tratamiento farmacológico. En la mayoría de los casos se trata de medicación para el TDAH comórbido.
- Programa de entrenamiento familiar. Se aplica el programa de entrenamiento familiar de Russell Barkley para adolescentes desafiantes (3). Se trata de un programa ambulatorio compuesto por 18 sesiones. La frecuencia de sesiones en el programa original es semanal. Pero debido a que tras cada sesión, los padres deben practicar una serie de ejercicios con sus hijos y a que éstos solamente pasan en casa el fin de semana, nosotros debemos celebrar las sesiones cada tres semanas. Por este motivo, este programa también dura dos años.
- Normas de actuación del personal. Contamos con unas normas de actuación con los alumnos que son seguidas por todo el personal con el objetivo de convertir las 24 horas del día en actividad terapéutica. Esto, junto al programa de entrenamiento familiar, hace que el tratamiento se lleve a cabo 24 horas al día, 365 días al año. Datos actuales apuntan a que solamente intervenciones intensas pueden modificar la conducta de adolescentes con trastornos de conducta moderados y graves (4). Las normas de actuación están basadas en la modificación de conducta en general y en los resultados de la modificación de conducta en adolescentes con trastornos de conducta en particular. Las normas de actuación ya se han presentado antes en profundidad (1).
- Psicoterapia individual. Se utiliza para tratar problemas de los alumnos que no tengan que ver con la mala conducta. A modo de ejemplo, se tratan pesadillas, obsesiones o problemas de autoestima.

B - RESULTADOS DEL CURSO 2007-08

Se ofrecen los resultados que se derivan de la aplicación de las escalas de valoración conductual. Estas escalas no están tipificadas ni existen baremos (no existen escalas para trastornos de conducta que estén baremadas) pues su objetivo no es la comparación de cada alumno con un grupo de referencia sino valorar el progreso o empeoramiento conductual de cada alumno en concreto. Por ese motivo, no pueden compararse adecuadamente las puntuaciones entre alumnos pero sí su evolución puesto que las escalas son contestadas siempre por la misma persona para cada alumno concreto.

Para poder valorar adecuadamente los resultados se reseña una puntuación de corte intuitiva basada en nuestra experiencia clínica a partir de la cual consideramos que no podría diagnosticarse el trastorno. Las puntuaciones reflejan problemas conductuales por lo que una disminución en las mismas refleja mejoría.

Las escalas empleadas son:

- 1- Escala de evaluación de los trastornos de conducta perturbadora – Formulario para padres, de Russell Barkley. Mide aspectos correspondientes al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH en adelante) divididos en dos partes, déficit de atención e hiperactividad-impulsividad, y aspectos correspondientes a los trastornos de conducta (TC en adelante) divididos en dos partes, trastorno negativista desafiante (TND en adelante) y trastorno disocial (TC en adelante). También presenta una puntuación del total de la escala.

- 2- Cuestionario de situaciones del hogar, de Russell Barkley. Presenta una serie de actividades y situaciones de la vida cotidiana de una familia. Mide el número de situaciones en las que el adolescente muestra problemas de conducta y la gravedad de esos problemas de conducta.
- 3- Escala de evaluación para trastornos por déficit de atención – Cuestionario para padres, de McCarney. Mide síntomas correspondientes al TDAH divididos en déficit de atención, hiperactividad e impulsividad.
- 4- Escala de evaluación de los trastornos de conducta perturbadora – Formulario para maestros, de Russell Barkley. Mide aspectos correspondientes al TDAH y aspectos correspondientes a los TC.
- 5- Cuestionario de situaciones escolares, de Russell Barkley. Igual que el cuestionario de situaciones del hogar, pero sobre situaciones del colegio y contestado por el tutor del alumno.
- 6- Escala de evaluación para trastornos por déficit de atención – Cuestionario para maestros, de McCarney. Igual que el cuestionario para padres.

MUESTRA

En el colegio, están escolarizados 12 alumnos. La evaluación corresponde a las puntuaciones de los 12 alumnos. A continuación se describen, para un mejor entendimiento, los diagnósticos y tratamientos farmacológicos de los alumnos.

- Alumno 1 –TND y TDAH– Concerta 36 (1-0-0).
 Alumno 2 –TND, TD y TDAH – Concerta 36 (1-0-0).
 Alumno 3 –TND, TD y TDAH – Ninguno.
 Alumno 4 –TND, TD y TDAH – Ninguno.
 Alumno 5 –TND y TDAH – Concerta 18 (1-0-0).
 Alumno 6 –TND y TOC – Anafranil (1-0-1) y Prozac (1-0-0).
 Alumno 7 –TND y Capacidad intelectual límite – Ninguno.
 Alumno 8 –TND, TD y TDAH – Concerta 36 (1-0-0).
 Alumno 9 –TND y TDAH – Concerta 18 (1-0-0).
 Alumno 10 –TND, TD y TDAH – Concerta 54 (1-0-0).
 Alumno 11 –TND - Ninguno
 Alumno 12 – Otros trastornos psicóticos no orgánicos, TND – Risperdal solución (1 ml – 0 – 1,5 ml) y Esertia 10 (1-0-0).

Puntuaciones de las escalas

En las tablas 1-6 se muestran las puntuaciones estimativas de corte de las escalas utilizadas en el seguimiento clínico de los alumnos.

Tabla 1. ESCALA DE EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA PERTURBADORA-FORMULARIO PARA PADRES	
	<i>Puntuación de corte</i>
Déficit atencional	11
Hiperactividad-impulsividad	11

TND	7
TD	2
TDAH	22
Conducta	9
Total	31

Tabla 2. CUESTIONARIO DE SITUACIONES DEL HOGAR	
	<i>Puntuación de corte</i>
Nº situaciones	6
Gravedad	24

Tabla 3. ESCALA DE EVALUACIÓN PARA TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN – CUESTIONARIO PARA PADRES	
	<i>Puntuación de corte</i>
Desatención	19
Impulsividad	15
Hiperactividad	12
Total	46

Tabla 4. ESCALA DE EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA PERTURBADORA – FORMULARIO PARA MAESTROS	
	<i>Puntuación de corte</i>
TDAH	22
TC	7
Total	29

Tabla 5. CUESTIONARIO DE SITUACIONES ESCOLARES	
	<i>Puntuación de corte</i>
Nº situaciones	4
Gravedad	16

Tabla 6. ESCALA DE EVALUACIÓN PARA TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN - CUESTIONARIO PARA MAESTROS	
	<i>Puntuación de corte</i>
Desatención	27
Impulsividad	18
Hiperactividad	15
Total	60

Resultados

En las tablas 7-12 se muestran los resultados en la muestra de los alumnos evaluados durante el curso académico 2007-08.

Tabla 7. ESCALA DE EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA PERTURBADORA-FORMULARIO PARA PADRES

	<i>Evaluación inicial</i>	<i>Junio 2007</i>
Déficit atencional	19	12
Hiperactividad-impulsividad	15	10
TND	20	13
TD	7	2
TDAH	34	22
Conducta	27	15
Total	61	37

Tabla 8. CUESTIONARIO DE SITUACIONES DEL HOGAR

	<i>Evaluación inicial</i>	<i>Junio 2007</i>
Nº situaciones	20	11
Gravedad	73	40

Tabla 9. ESCALA DE EVALUACIÓN PARA TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN – CUESTIONARIO PARA PADRES

	<i>Evaluación inicial</i>	<i>Junio 2007</i>
Desatención	51	44
Impulsividad	47	36
Hiperactividad	26	20
Total	124	100

Tabla 10. ESCALA DE EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA PERTURBADORA – FORMULARIO PARA MAESTROS

	<i>Evaluación inicial</i>	<i>Junio 2007</i>
TDAH	17	11

TC	13	7
Total	30	18

Tabla 11. CUESTIONARIO DE SITUACIONES ESCOLARES		
	<i>Evaluación inicial</i>	<i>Junio 2007</i>
Nº situaciones	8	4
Gravedad	19	7

Tabla 12. ESCALA DE EVALUACIÓN PARA TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN - CUESTIONARIO PARA MAESTROS		
	<i>Evaluación inicial</i>	<i>Junio 2007</i>
Desatención	41	28
Impulsividad	31	18
Hiperactividad	24	8
Total	96	54

En Interpsiquis 2008 (5) se presentaron los resultados del curso 2006-07. Dos de aquellos alumnos terminaron su estancia en el colegio por diferentes motivos. Un alumno abandonó la escolarización al cumplir los 16 años por propia voluntad sin que sepamos la opinión de sus padres pues el alumno simplemente dejó de acudir y la familia dejó de atender el teléfono. El otro alumno pasó a cumplir condena en un centro de reforma por robos a mano armada. Ambas familias no colaboraban en el tratamiento de su hijo, manteniendo una actitud de falseamiento sobre lo que los alumnos hacían durante los fines de semana y sobre la educación que se aplicaba en casa.

Estos hechos nos confirman en la necesidad de hacer una buena selección de los alumnos ya que si la familia no colabora, no se logran resultados satisfactorios y avalan las tesis que mantuvimos acerca de ello en Interpsiquis 2006 (5).

Conclusiones

Como se puede observar, los resultados globales de las escalas de valoración son muy positivos e indican una mejoría conductual muy elevada de los alumnos. Los datos de las escalas de valoración coinciden con las evaluaciones cualitativas manifestadas tanto por los padres como por los profesores.

Estos resultados coinciden con el juicio y las observaciones clínicas del equipo de salud mental. Así, cinco alumnos puede considerarse que ya no presentan conductas disruptivas de entidad como para justificar el diagnóstico de trastorno de conducta. Los otros siete alumnos han evolucionado favorablemente pero aún deben progresar más para considerar remitido el trastorno (recordemos que todos estos alumnos mostraban al inicio de la escolaridad un trastorno de conducta grave). A diferencia de lo publicado en otros años, durante este curso no hay ninguna familia que no haya colaborado (mejor o peor) en el tratamiento de su hijo.

Los programas de entrenamiento familiar y de tratamiento institucional se mostraron eficaces en un muy alto grado, lo que aconseja su mantenimiento y su generalización en otros centros que en el futuro se creen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Portugal, R., Araúxo, A. y Espiño, I. Tratamiento institucional de adolescentes con trastornos de conducta. *Interpsiquis*. 2005; (2005). Disponible tras suscripción gratuita en http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/20123/
2. Portugal, R. y Araúxo, A. El modelo de Russell Barkley. Un modelo etiológico para comprender los trastornos de conducta. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del adolescente*, 2004 4(1); 54-64. Disponible en <http://www.paidopsiquiatria.com/rev/numero4/art6.pdf>
3. Barkley, R., Edwards, G.H. y Robin, A.L. *Defiant Teens: A Clinician's Manual for Assessment and Family Intervention*. New York: Guilford Publications; 1999.
4. Hahn, R.A., Lowy, J., Bilukha, O., Snyder, S., Briss, P., Crosby, A., Fullilove, M.T. et alts.; CDC Task Force on Community Preventive Services. Therapeutic foster care for the prevention of violence: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR Recomm Rep*. 2004 Jul 2;53 (RR-10):1-8.
5. Portugal, R., Araúxo, A. y Espiño, I. Resultados del tratamiento multimodal institucional de los trastornos de conducta. *Interpsiquis* 2006; (2006). Disponible tras suscripción gratuita en http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/24838/
6. Portugal, R., Araúxo, A. y Espiño, I. Resultados del tratamiento multimodal institucional de los trastornos de conducta. *Interpsiquis* 2006; (2006). Disponible tras suscripción gratuita en http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/34292/