

Protocolo de Manejo del Trastorno Negativista Desafiante (TND) en Niños, Niñas y Adolescentes



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE (TND) EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Santo Domingo
Junio 2018

Ministerio de Salud Pública

Título original

Protocolo de Manejo del Trastorno Negativista Desafiante (TND) en Niños, Niñas y Adolescentes

Coordinación editorial:

Dr. Francisco Neftalí Vásquez B.

Copyright © Ministerio de Salud Pública. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud.

ISBN:

Formato gráfico y diagramación:

Enmanuel Trinidad

Tyrone Then.

Impresión:

Primera edición:

Impreso en República Dominicana

Junio, 2018



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

EQUIPO RESPONSABLE

EQUIPO FORMULADOR

Dra. Zuleika Morillo
Lic. Stephane Suárez
Dra. Sachideybi Santiago
Dr. Deseado Guzmán
Lic. Melissa Fiallo
Lic. Ileana Louis

REVISOR EXTERNO

Dra. Yaneris Polanco



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

“Año del Fomento de las Exportaciones”

RESOLUCIÓN NO. 000013 19-06-18

QUE PONE EN VIGENCIA LA TERCERA GENERACIÓN DE VEINTINUEVE (29) PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SALUD Y UNA (1) GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO.

CONSIDERANDO: Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONSIDERANDO: Que desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

000013

19-06-18

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que la implantación y apego a guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

VISTA: La Constitución de la Republica Dominicana.

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No.247-12 de fecha 14 de agosto del 2012.

VISTA: La Ley General de Salud, No.42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, N0. 87-01 de fecha 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 25 de enero del 2012.

VISTA: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio de 2012.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.

VISTO: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de protocolos de atención para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados.

000013

19-06-18

SEGUNDO: Se ordena la puesta en vigencia de la siguiente guía de práctica clínica protocolos de atención en salud:

1. Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido Prematuro.
2. Protocolo Terapéutico de Inmunosupresión del Trasplante Renal en el Adulto.
3. Protocolo de Atención a Niñas, Niños y Adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
4. Protocolo de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes con Trastorno de Depresión.
5. Protocolo de Atención en Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos del Espectro Autista (TEA).
6. Protocolo de Manejo del Trastorno Negativista Desafiante (TND) en Niños, Niñas y Adolescentes.
7. Protocolo de Terapia Electroconvulsiva.
8. Protocolo para el Manejo Nutricional del Paciente Adulto Hospitalizado.
9. Protocolo de Manejo Nutricional Intrahospitalario en Neonatos Enfermos.
10. Protocolo de Soporte Nutricional al Paciente Adulto Politraumatizado en Estado Crítico.
11. Protocolo de Manejo Nutricional en Paciente Adulto Quemado Crítico.
12. Protocolo de Manejo Nutricional del Paciente con pancreatitis Aguda.
13. Protocolo de Manejo Nutricional del Paciente con Cirrosis Hepática Descompensada.
14. Protocolo para el Manejo Nutricional del Paciente Oncológico Hospitalizado.
15. Protocolo de Asistencia Nutricional a Pacientes Diabéticos Hospitalizados
16. Protocolo de Atención para el Manejo del Síndrome Hiperglucémico Hiperosmolar no Cetónico.
17. Protocolo para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2.
18. Protocolo de Atención para el Manejo de la Cetoacidosis Diabética en Adultos
19. Protocolo de Atención para el Tratamiento de la Gastroquiasis en Neonatos.
20. Protocolo de Manejo de la Atresia Esofágica.
21. Protocolo para el Manejo de la Malformación Anorectal.
22. Protocolo de Atención para el Manejo de Enfermedad de Hirschsprung.
23. Protocolo de Atención para el Manejo de Niños/as con Síndrome Congénito Asociado a Virus Zika.
24. Protocolo de Atención para el Manejo de la Enterocolitis Necrotizante en Neonatos.
25. Protocolo de Atención al Recién Nacido con Asfixia Perinatal y Encefalopatía Hipóxico-Isquémica.
26. Protocolo de Atención de Neumonía Neonatal.
27. Protocolo de Atención al Recién Nacido con Hipertensión Pulmonar Persistente.
28. Protocolo de Hemorragia Pulmonar en el Recién Nacido.
29. Protocolo de Atención de VIH/SIDA y Coinfección VIH/TB en Adultos.
30. Protocolo Para El Manejo Quirúrgico De La Obstrucción Intestinal.

TERCERO: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de protocolos de atención dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto

000013

representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

CUARTO: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

SEXTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información publicar en el portal web institucional el contenido de la presente resolución.

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los diecinueve (19) días del mes de junio del año dos mil dieciocho (2018).


DR. RAFAEL AUGUSTO SÁNCHEZ CARDENAS
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



0. INTRODUCCIÓN

El trastorno oposicional desafiante (tod) también conocido como trastorno negativista desafiante (tnd), se caracteriza por presentar un patrón recurrente de conducta hostil, desafiante y desobediente ante padres y figuras de autoridad. El inicio del trastorno se da durante la infancia y está caracterizado por la dificultad en el desarrollo social, emocional y académico, al igual que en el ámbito familiar.

Casi siempre interfiere con las relaciones interpersonales, la vida familiar y el rendimiento escolar de quienes lo padecen; a lo que generalmente se añaden condiciones como baja autoestima, escasa tolerancia a las frustraciones y dificultades de socialización.

Aunque República Dominicana carece de estadísticas formales acerca del TND, el país cuenta con tesis que evidencian una prevalencia similar a la de España, actualmente del 5.6 %, en el rango de 6 a 16 años (López, Rev. Psiquiatría Salud Mental. 2014;7(2):80-7.2014).

1. OBJETIVO

Estandarizar los lineamientos para la atención de niños, niñas y adolescentes con trastorno negativista desafiante mediante la identificación, el diagnóstico y las intervenciones psicoterapéutica y farmacológica.

2. EVIDENCIAS

- Vásquez, J., Fera, M., Palacios, L., & de la Peña, F. (2010). Guía clínica para el trastorno negativista desafiante. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (Serie: Guías clínicas para la atención en trastornos mentales).
- National Collaborating Centre for Mental Health. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2013 Mar. 47 p. (Clinical guideline; no. 158).

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Este protocolo va dirigido a médicos generales y familiares, pediatras, neuropediatras, psiquiatras y psiquiatras de niños, niñas y adolescentes; así como a psicólogos clínicos, trabajadores sociales y personal de enfermería.

4. POBLACIÓN DIANA

Niños y niñas mayores de tres años con sintomatología de trastorno negativista desafiante, según los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) y del Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (CIE-10).

5. DEFINICIÓN

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. Vásquez MI, J. Ferla, M. Palacios, L. Peña, F. (2010) Guía clínica para el trastorno negativista desafiante. México: instituto nacional de psiquiatría Ramón de la fuente.

6. CLASIFICACIÓN

Existen dos sistemas de clasificación internacional:

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés), de 2014: **Trastorno Negativista Desafiante, DSM-5 (313. 81).**
- Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1992: Trastorno Disocial Desafiante y Oposicionista, **CIE-10 (F 91.3).**

DSM-5	CIE-10
Patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano. Enfado/irritabilidad 1. A menudo pierde la calma. 2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad. 3. A menudo está enfadado y resentido. Discusiones/actitud desafiante 4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos. 5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas. 6. A menudo molesta a los demás deliberadamente. 7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento. Vengativo 8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses (2)	Se caracteriza por: - Comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocador y subversivo, que está claramente fuera de los límites normales del comportamiento de los niños de la misma edad y contexto sociocultural. - Tienden frecuentemente a oponerse activamente a las peticiones o reglas de los adultos y a molestar deliberadamente a otras personas. - Suelen tender a sentirse enojados, resentidos y fácilmente irritados por aquellas personas que les culpan por sus propios errores o dificultades. - Generalmente tienen una baja tolerancia a la frustración y pierden el control fácilmente. - Sus desafíos se dan en forma de provocaciones que dan lugar a enfrentamientos (3).

Fuente: DSM V (2); CIE (3)

7. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico, utilizando los criterios del CIE-10 o DSM 5, además de esto se obtendrá basado en la información de la entrevista clínica al niño, la niña o la persona adolescente; así como a padres y tutores. La realización de una historia clínica que incluya signos y síntomas, antecedentes familiares, antecedentes personales, desarrollo psicomotor, trastornos del sueño, historia psicosocial descartando abuso físico, psíquico o sexual. Es importante los datos recabados en el ámbito escolar y la exploración física del menor.

El diagnóstico se acompaña de:

- 7.1 Historia Clínica Psiquiátrica y del Desarrollo Completa.** Pueden emplearse modelos de historia pediátrica consensuados previamente por el equipo de especialistas (neuropediatría o equipo de salud mental), o una historia clínica individual. **La valoración neuropsicológica no sustituye la evaluación clínica, sino que sirve de apoyo a ésta.**
- 7.2 Evaluación Clínica y Psicosocial Completa.** Deben analizarse la conducta y comportamiento del niño en los diferentes ámbitos de su vida: familia, amigos, colegio etc. No debemos olvidar una historia detallada sobre si existen o no antecedentes psicopatológicos en los padres, y preguntar siempre como eran ambos progenitores de niños, ya que es frecuente que uno o ambos tuvieran conductas similares a las que presenta su hijo.
- 7.3 La Aplicación de Instrumentos de Detección.** como son: las escalas de Conners para padres y maestros, (en anexos), el cuestionario sobre el comportamiento de niños y niñas (CBCL), y la entrevista diagnóstica estructurada adaptada a criterios diagnósticos del DSM 5 (DISC), que deberán ser administrados por expertos en psicometría que manejen la aplicación e interpretación de dichas pruebas, con el objetivo de fortalecer el diagnóstico previamente establecido por el médico tratante.

8. HISTORIA CLÍNICA

Realice la exploración clínica observando fenotipo; exploración neurológica que debe incluir coordinación motora fina y gruesa, comunicación y lenguaje, exploración sensorial y exploración cardiovascular.

8.1 Anamnesis

- a. Inicio de los síntomas.
- b. Antecedentes familiares.
- c. Evaluación de la presencia de signos y síntomas de otras enfermedades neurológicas y del neurodesarrollo.
- d. Revisión de la historia general del desarrollo del paciente.

8.2 Signos y síntomas

- Evidencia una pérdida de control de sus emociones y escenifica pataletas.
- Mantiene discusiones con adultos y otras personas.
- Rehúsa cumplir con requerimientos y normas.
- Acusa a otros de sus errores y de su mal comportamiento.
- Muestra enojo y resentimiento.

- Asume actitudes de rencor y venganza.

8.3 Examen físico

La exploración física tiene por objetivo evaluar la condición del paciente y descartar enfermedades orgánicas que puedan causar o contribuir con la sintomatología que motiva la consulta.

9. ANÁLISIS DE LABORATORIO, EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y DE IMÁGENES

9.1 Análisis de laboratorio

Hemograma completo, glicemia, perfil tiroideo (T3, T4, TSH), urea, creatinina, enzimas hepáticas (AST, ALT), panel 5 (cocaína, marihuana, benzodiacepinas, opioides, heroína).

9.2 Exámenes complementarios

Para descartar comorbilidades con cuadros clínicos similares.

10. CRITERIOS DE INGRESO

Los pacientes con trastorno negativista desafiante serán ingresados únicamente si presentan comorbilidades psiquiátricas que lo ameriten.

11. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El tratamiento es multidisciplinar e individualizado. No existe solución “fácil y rápida”. El tratamiento debe ser individualizado para cada paciente y cada familia según sus puntos fuertes y sus necesidades. Cuanto antes se inicie el tratamiento mejor será el pronóstico y más fácil será controlar la aparición de otros trastornos asociados.

El tratamiento está dirigido a la identificación, diagnóstico, intervenciones psicoterapéutica y farmacológica para disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas y facilitar estrategias para su control ya que no se dispone de un tratamiento curativo en la actualidad.

12. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es imprescindible antes de iniciar el tratamiento que el padre, la madre o la persona que ejerce la tutoría del menor con TND complete los datos solicitados en el formulario de consentimiento informado, el cual debe contener el tipo de

psicoterapia, la posibilidad de uso de psicofármacos, los efectos de beneficios y posibles efectos adversos que podrían aparecer en los niños/as al utilizar dichos productos farmacológicos.

Es importante que firmen dicho documento, posterior a la evaluación inicial del caso y previo al inicio de la intervención.

12.1 De Acuerdo con la Evidencia Científica, las Intervenciones Psicológicas Eficaces en el Manejo del TND son Las Siguietes:

- Es indispensable establecer una relación de confianza en la que tanto el niño y su familia, como el profesional, se sientan suficientemente seguros para abordar la situación de frustración que vive el niño y su familia que, habitualmente, se sienten cansados, desesperados y, muchas veces, impotentes y culpables.
- Psicoterapia individual, de enfoque cognitivo-conductual focalizado en la resolución de problemas.
- Terapia familiar, con entrenamiento para padres y maestros.
- Terapia grupal (entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas).
- Educación de la familia y el niño sobre el TDAH, sus características individuales, aportándole estrategias para su manejo.
- Acordar el tratamiento conductual y farmacológico a seguir, conociendo los beneficios y los posibles efectos secundarios.
- Explique al padre y/familia sobre el plan de tratamiento y pasos a seguir.

13. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los medicamentos deben ser considerados como un apoyo de las intervenciones terapéuticas en el manejo pautado o neuropsiquiátrico o neuropsiquiátrico, tomando en cuenta que el neuropsiquiatra utilizara los mismos siempre que se acompañe de un equipo multidisciplinario (Psiquiatra infante juvenil).

Primera línea antipsicóticos atípicos como:

Risperidona:

- Una gota vía oral por cada año de vida, no más de 2 veces al día (cada 12 horas). Indicado a partir de 5 años de edad. Solo se iniciará en caso de no respuesta ante la intervención psicosocial.
- **Otra opción de primera línea** es el Aripiprazol,
- Tableta oral iniciando con 2 mg, 5 mg, 10 mg, dosis máxima 15 mg/ Oral solución 1 mg/ml. A partir de los 7 años de vida.

En presencia de cuadros de agresividad severa que se acompañe de:

- Agitación psicomotora, irritabilidad, hiperactividad e impulsividad,
- Disturbios conductuales de agresión a otros o así mismos
- Se recomienda administrar posterior a una evaluación cardiovascular el uso de los siguientes fármacos:
- Alfa drenérgicos como la clonidina
- Oral tableta 0.025 mg, 0.1 mg, 0.2 mg, una toma al día.
- Estabilizadores del afecto, como el litio, con las consideraciones pertinentes relativas a esta molécula.
- Oral tableta 150 mg, 300mg, 400mg, una vez al día a partir de los doce (12) años.
- Los ansiolíticos y antidepresivos deberán ser administrados según las particularidades de cada caso, tomando en cuenta las comorbilidades del niño, niña o adolescente (Palacio, 2014). (En este caso no aplica dosificación debido a que se establece según la comorbilidad).

14. CUIDADOS ESPECÍFICOS PARA ESTOS NIÑOS/AS

Se tendrá en consideración los derechos y cuidados del niño/a desde los diferentes contextos: familia y escuela, puesto que las conductas disfuncionales que emiten son propensas a ocasionar abuso por parte de los adultos e incluso de otros menores que no comprenden la condición que presentan.

Los maestros y profesionales de salud mental que trabajan en los recintos escolares, deberán auxiliarse de unidades de atención terciaria que cuenten con personal calificado para manejo e intervención en este tipo de casos.

Las comunidades rurales que no cuenten con estas unidades deberán de dirigirse a los profesionales de salud mental subscritos en los centros de atención primaria (UNAP).

14.1 información a padres y familiares sobre estrategias de afrontamiento y apoyo

- En cuanto a los padres o tutores, es importante explicar la condición y aclarar que las correcciones físicas no deben ser utilizadas bajo ninguna circunstancia.
- Cuando el niño o la niña presente una agitación motora importante y de descontrol, se procederá a la contención, que consistirá en detener al menor con el objetivo de minimizar el posible daño hacia sí mismo y hacia los demás.
- Mantener una comunicación con el equipo de salud, sobre inquietudes son elementos importantes durante el tratamiento.

Indique al familiar que elabore una lista con lo siguiente:

- Signos y síntomas que experimenta tu hijo e indica por cuánto tiempo.

- Información personal importante de la familia, incluso los factores que usted cree que pueden haber contribuido en los cambios de comportamiento de su hijo.
- Incluya cualquier factor de estrés que tu hijo o que algún familiar cercano haya tenido recientemente, en especial si es con respecto a la separación o el divorcio de los padres y a las diferencias en las expectativas y los estilos de crianza.
- Información médica importante de tu hijo, incluso otros trastornos de salud física o mental que se le hayan diagnosticado.
- Cualquier medicamento, vitamina u otros suplementos que esté tomando tu hijo, y la dosis.

15. INDICADORES

Para el seguimiento a la implementación del protocolo clínico se debe recolectar información relacionada a los siguientes indicadores.

Proceso de atención	Indicador
Diagnóstico Clínico	Porcentaje de niños diagnosticados con Trastorno Negativista Desafiante a partir de los elementos descritos en el DSM 5 y el CIE-10
Pruebas complementarias	Porcentaje de niños diagnosticados con Trastorno Negativista Desafiante a los que se le aplicó al menos uno de los test recomendados por el protocolo.

16. IMPLEMENTACIÓN

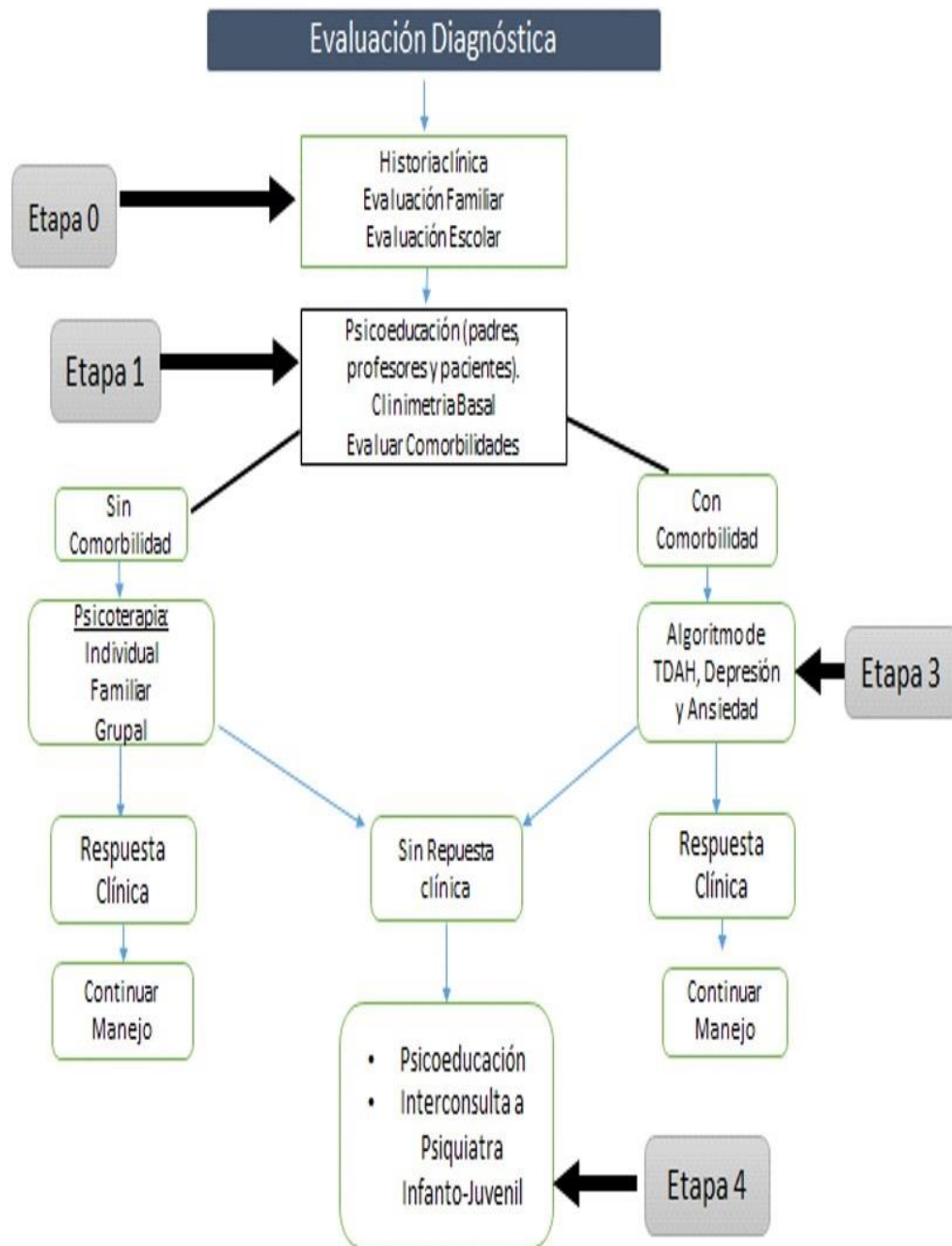
La institución prestadora de servicios de salud según sus condiciones particulares, el tipo y las características de los protocolos a implementar, define las estrategias de implementación que usará para establecer su respectivo plan. Esto permitirá definir más claramente la contribución del proceso al impacto en la gestión de la organización.

El plan de implementación es el conjunto de directrices que deben seguirse para llevar a la práctica y diseminar adecuadamente la guía dentro de cada institución prestadora de servicios de salud. Así mismo el plan de implementación debe identificar acciones y responsables en cada etapa del proceso.

Elementos sugeridos para la implementación

- Conformar un equipo responsable de impulsar la implementación compuesto por los profesionales de dicha especialidad.
- Disponibilidad y acceso: Consiste en garantizar la disponibilidad y acceso de los protocolos en todo momento y todo lugar donde se haya definido que se van a utilizar, como los consultorios.
- Sesiones formativas: Dirigida a crear espacios en que los usuarios de los protocolos puedan revisar sus conocimientos y actitudes acerca del tema tratado en cada uno de los protocolos, con respecto a los conocimientos y actitudes de sus colegas y el contenido de los mismos.
- Identifique las barreras y facilitadores de la implementación de las recomendaciones seleccionadas
- Auditoría y retroalimentación: Se basa en la verificación de resultados
- Recordatorios: Consiste en disponer diferentes actividades y medios que le recuerden a los usuarios permanentemente que existe un proceso de protocolización institucional, que se deben usar los protocolos y algunos contenidos de los protocolos.
- Incentivos: Consiste en realizar actividades que motiven la aceptación y práctica de las acciones incluidas en los protocolos, disponiendo reconocimientos de diferente clase para los usuarios en proporción directa a los protocolos.
- Realice un seguimiento a la adopción de las recomendaciones a través de los indicadores propuestos en el protocolo o pueden desarrollarse unos indicadores específicos.

17. ALGORITMO



18. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5. (2013).
2. Monsalve, A., Mora, LF., López, LC., Raza, V., Rojas, DM. Estrategias de intervención dirigidas a niños con trastorno negativista desafiante, una revisión de la literatura. Rev. Cienc. Salud 2017; 15(1):105-127.
3. Clasificación estadística internacional de enfermedades y relacionados a problemas de la salud (CIE-10) décima edición.
4. Palacio, J. Aspectos claves psiquiatría infantil. Medellín, Colombia, primera edición 2014.
5. Peña-Olvera, F. D. L., & Palacios-Cruz, L. Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. Salud mental, 34(5), (2011). 421-427.
6. Amador Campos, J.A., Idiázabal Alecha, M^a Ángeles, Aznar Casanova, J.A., Peró Cebollero, M. (2003). Estructura factorial de la escala de Connors para profesores en muestras comunitarias y clínica. Revista De Psicología General y Aplicada, 56: 173-184.
7. Organización Panamericana de la Salud, OPS. Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia. Año 2018. Versión sin publicar.

II. Escala de calificaciones para padres Conners

CUESTIONARIO PARA PADRES				
Nombre del niño (a): _____		Fecha de nacimiento: _____		
Edad: _____	Sexo : _____	CURP: _____		
Nivel y Grado Escolar: _____		Nombre de la Escuela: _____		
Nombre de los padres, tutor(es) : _____				
Fecha de aplicación: _____				

INSTRUCCIONES: Por favor responda a todas las preguntas. A un lado de cada uno de los reactivos que se encuentran a continuación, indique el grado del problema (Nunca = 0. Sólo un poco = 1. Bastante = 2. y Mucho = 3), encerrando en un círculo la respuesta que corresponda al comportamiento observado en el niño o la niña.

REACTIVO	Nunca	Sólo un poco	Bastante	Mucho
1. Se escarba o jala (las uñas, dedos, cabello, ropa)	0	1	2	3
2. Es insolente con los adultos	0	1	2	3
3. Tiene problemas para hacer o conservar amigos	0	1	2	3
4. Es excitable, impulsivo	0	1	2	3
5. Quiere controlar las cosas	0	1	2	3
6. Chupa o mastica (el dedo, ropa, cobija)	0	1	2	3
7. Lloro con facilidad o con frecuencia	0	1	2	3
8. Busca problemas	0	1	2	3
9. Es soñador	0	1	2	3
10. Tiene dificultades para aprender	0	1	2	3
11. Es muy inquieto, no puede dejar de moverse.	0	1	2	3
12. Es temeroso (de situaciones nuevas; nuevas personas o lugares, de ir a la escuela)	0	1	2	3
13. Está inquieto, siempre está de un lado a otro	0	1	2	3
14. Es destructivo	0	1	2	3
15. Dice mentiras e historias que no son ciertas	0	1	2	3
16. Es tímido	0	1	2	3
17. Se mete en más problemas que los demás niños de la misma edad.	0	1	2	3
18. Habla de manera diferente a otros de la misma edad (habla infantil, tartamudeo, es difícil de entender).	0	1	2	3
19. Niega errores o culpa a otros.	0	1	2	3
20. Es pendenciero (propenso a riñas)	0	1	2	3
21. Hace pucheros y está malhumorado	0	1	2	3
22. Roba	0	1	2	3
23. Es desobediente u obedece, pero con resentimiento.	0	1	2	3
24. Se preocupa más que otros (de estar solo, de enfermedad o muerte)	0	1	2	3
25. No termina las cosas	0	1	2	3
26. Parece carecer de liderazgo	0	1	2	3
27. No se lleva bien con personas del sexo opuesto	0	1	2	3
28. No se lleva bien con personas del mismo sexo	0	1	2	3
29. Fastidia a otros niños o interfiere con sus actividades	0	1	2	3
Actitud hacia la autoridad				
30. Sumiso	0	1	2	3
31. Desafiante	0	1	2	3
32. Descarado	0	1	2	3
33. Tímido	0	1	2	3
34. Temeroso	0	1	2	3
35. Demanda de manera excesiva la atención del maestro	0	1	2	3
36. Es terco	0	1	2	3
37. Demasiado ansioso de complacer	0	1	2	3
38. Poco cooperador	0	1	2	3
39. Tiene problemas de asistencia	0	1	2	3

Fuente: SATTLER: EVALUACIÓN INFANTIL, 3ª ED. Copyright 1996. Cortesía de Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Original <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/en-que-consisten-las-escalas-de-conners-para-evaluar-el-idah.html>

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:
- nada = 0 puntos.
- poco = 1 punto.
- bastante = 2 puntos.
- mucho = 3 puntos
- Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.

Puntuación:

Para los niños entre los 6 -11 años: una puntuación >17 es sospecha de déficit de atención con hiperactividad. Para las niñas entre los 6 - 11 años: una puntuación >12 en hiperactividad significa sospecha de déficit de atención con hiperactividad.

En la escala de padres los niños que obtienen una puntuación de 15 o superior requieren un estudio en profundidad porque posiblemente sean hiperactivos. Para las niñas, la puntuación es de 13 o superior.

III. Escala de calificaciones para Maestros Conners

CUESTIONARIO PARA MAESTROS			
Nombre del niño (a): _____		Fecha de nacimiento: _____	
Edad: _____	Sexo : _____	CURP: _____	
Nivel y Grado Escolar: _____		Nombre de la Escuela: _____	
Nombre de los maestros: _____			
Fecha de aplicación: _____			

Instrucciones: Por favor responda a todas las preguntas. A un lado de cada uno de los reactivos que se encuentran a continuación, indique el grado del problema (Nunca = 0. Sólo un poco = 1. Bastante = 2. y Mucho = 3), encerrando en un círculo la respuesta que corresponda al comportamiento observado en el niño o la niña.

REACTIVO	Nunca	Sólo un poco	Bastante	Mucho
Conducta en el salón de clases				
1. Presenta nerviosismo constante	0	1	2	3
2. Gruñe y hace otros ruidos extraños	0	1	2	3
3. Sus demandas se deben satisfacer de manera inmediata-se frustra con facilidad	0	1	2	3
4. Coordinación deficiente	0	1	2	3
5. Inquieto o demasiado activo	0	1	2	3
6. Excitable, impulsivo	0	1	2	3
7. No presta atención, se distrae con facilidad	0	1	2	3
8. No termina las cosas que empieza (períodos cortos de atención)	0	1	2	3
9. Demasiado sensible	0	1	2	3
10. Demasiado serio o triste	0	1	2	3
11. Soñador	0	1	2	3
12. Hosco o malhumorado	0	1	2	3
13. Lloro con frecuencia y fácilmente	0	1	2	3
14. Molesta a otros niños	0	1	2	3
15. Es pendenciero (propenso a buscar riñas)	0	1	2	3
16. Su estado de ánimo cambia de manera rápida y drástica	0	1	2	3
17. Es respondón	0	1	2	3
18. Es destructivo	0	1	2	3
19. Roba	0	1	2	3
20. Miente	0	1	2	3
21. Hace berrinches, tiene conducta explosiva o difícil de predecir	0	1	2	3
Participación en grupo				
22. Se aísla de otros niños	0	1	2	3
23. Parece que el grupo no lo acepta	0	1	2	3
24. Parece que lo dominan con facilidad	0	1	2	3
25. No tiene sentido de juego limpio	0	1	2	3

REACTIVO	Nunca	Sólo un poco	Bastante	Mucho
26. Parece carecer de liderazgo	0	1	2	3
27. No se lleva bien con personas del sexo opuesto	0	1	2	3
28. No se lleva bien con personas del mismo sexo	0	1	2	3
29. Fastidia a otros niños o interfiere con sus actividades	0	1	2	3
Actitud hacia la autoridad				
30. Sumiso	0	1	2	3
31. Desafiante	0	1	2	3
32. Descarado	0	1	2	3
33. Tímido	0	1	2	3
34. Temeroso	0	1	2	3
35. Demanda de manera excesiva la atención del maestro	0	1	2	3
36. Es terco	0	1	2	3
37. Demasiado ansioso de complacer	0	1	2	3
38. Poco cooperador	0	1	2	3
39. Tiene problemas de asistencia	0	1	2	3

Fuente: SATTLER: EVALUACIÓN INFANTIL, 3ª/ED. Copyright 1996. Cortesía de Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.