

Trastornos del comportamiento

Consuelo Escudero Álvaro

Septiembre 2012

Introducción

- Los trastornos del comportamiento (TC) reúnen una amplia gama de conductas desajustadas.
- Se han incrementado entre un 40 y un 50%.
- Revisten mayor o menor gravedad dependiendo de:
 - ✓ La edad de comienzo.
 - ✓ Factores individuales del niño o adolescente.
 - ✓ Factores familiares y sociales.

Epidemiología

- Los TC en niños entre los seis y los diez años oscilan entre un 4 y un 7% en niños y entre un 1 y un 3% en niñas.
- En adolescentes la prevalencia está entre un 1,5 y un 3,4%.
- Son más frecuentes en varones y más graves en la adolescencia.

El cuadro clínico.

Criterios diagnósticos DSM-IV-R

Trastorno negativista desafiante F91.3

- A. Patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos cinco meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:
1. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
 2. A menudo discute con adultos.
 3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa 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 y vengativo.

Nota: Considerar que se cumple un criterio solo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada 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 no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o del estado de ánimo.
- D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial cuando el sujeto tiene 18 años o más tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

El cuadro clínico.

Criterios diagnósticos DSM-IV-R

Trastorno disocial f91.8

- A. Patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos seis meses:
1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
 2. A menudo inicia peleas físicas.
 3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas.
 4. Ha manifestado crueldad física con personas.
 5. Ha manifestado crueldad física con animales.
 6. Ha robado enfrentándose a la víctima.
 7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.
 8. Ha provocado deliberadamente incendios.
 9. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas.
 10. Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.
 11. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones.
 12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima.
 13. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciado antes de los 13 años de edad.
 14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces.
 15. Suele hacer novillos, iniciado antes de los 13 años de edad.
- B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

El cuadro clínico.

Criterios diagnósticos CIE-10

TRASTORNOS DISOCIALES

Se caracterizan por una forma persistente, reiterada y duradera de comportamiento disocial, agresivo o retador (seis o más meses). En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de normas mayores de las que serían aceptables para la edad del individuo y su entorno social.

Los tipos de comportamiento pueden ser: peleas o intimidaciones excesivas, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves y desobediencia.

F91.0 Trastorno disocial limitado al ámbito familiar.

F.91.1 Trastorno disocial en niños no socializados.

F91.2 Trastorno disocial en niños socializados.

F.91.3 Trastorno disocial desafiante y opositor.

F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos.

Etiología

- La etiología de los TC es multifactorial.
- Tienen una larga evolución durante la infancia.
- Antecedentes de conductas negativistas, oposicionistas, obstinación y provocaciones.
- Estas conductas son normales hasta los 7-8 años.
- Se pueden presentar de forma transitoria en momentos de crisis.

La dinámica interna del trastorno

- Cada niño al nacer tiene capacidades y características individuales que se podrán desarrollar dependiendo de los vínculos con los padres y su estilo de crianza.
- La puesta de límites es fundamental para reforzar la capacidad de frustración y el tiempo de espera para obtener satisfacción.
- Soportar que la gratificación no puede ser inmediata aumenta el control sobre los impulsos.

La dinámica interna del trastorno

- La puesta de límites desarrolla la autonomía.
- Impulsa la adquisición de las normas.
- Aumenta la capacidad del esfuerzo intelectual (concentración y atención).
- Aumenta la capacidad de identificación con el otro.
- Si en la infancia no se ha experimentado la limitación de los impulsos, la interiorización de las normas y el respeto por el otro aparecen las conductas desajustadas.

Diagnóstico diferencial

- Discriminar si el TC es adaptativo o reactivo, derivado de una crisis en el entorno familiar o escolar.
- Los TC presentan una alta comorbilidad con otro tipo de trastornos psíquicos.
- Es frecuente que cumplan criterios de TDAH, puede haber trastornos depresivos o de ansiedad, trastornos del aprendizaje, discapacidad psíquica o trastornos generalizados del desarrollo.
- En la adolescencia puede haber consumo de sustancias y de alcohol.
- Es necesario descartar este tipo de trastornos o bien delimitar cuál es el trastorno principal.

La entrevista clínica

- El pediatra y el médico de familia tienen información sobre el desarrollo y las dificultades que se han presentado.
- Es conveniente escuchar a los padres, al niño y al adolescente.
- Recoger información sobre el carácter y comportamiento del niño, su estado de ánimo, las relaciones con los padres y hermanos, presencia o no de rabietas, capacidad de frustración, aceptación de normas, etc.
- Conocer el funcionamiento del niño o adolescente en el entorno escolar y con los iguales.
- Recoger información sobre consumo de sustancias y alcohol.
- En ocasiones puede ser necesario descartar patología orgánica cuando el comienzo de los trastornos ha sido agudo o grave sin antecedentes detectables.

Intervenciones desde Atención Primaria

- Son sobre todo preventivas, porque los primeros indicios aparecen en la primera infancia.
- Supervisar y apoyar a los padres en la puesta de límites adecuados a la edad de los hijos, con normas claras y consistentes.
- Apoyar y aclarar a los padres que autoridad no es autoritarismo y que los niños se sentirán protegidos y seguros si son firmes en sus decisiones.

Intervenciones desde Atención Primaria

- Ayudar a los padres en los momentos en que se producen rabietas en los niños o adolescentes y sugerirles como afrontarlas, sin que se descontrolen y consolando a los niños por sus frustraciones.
- Proporcionar a los padres, a los niños y a los adolescentes información sobre lo que les está sucediendo, sentimientos desagradables, frustraciones, dificultades en el proceso del crecimiento.
- Apoyar la importancia del aprendizaje, la relación con profesores y compañeros, las amistades.

Intervenciones desde Atención Primaria

- Apoyar la relación con grupos de iguales, actividades de ocio y deporte.
- Supervisar hábitos de alimentación y sueño.
- Dar información sobre el consumo de sustancias y alcohol, y en adolescentes sobre las relaciones sexuales.
- Ayudar a los padres y a los hijos a valorar y potenciar los aspectos positivos.
- Contactar con el colegio para asegurar una buena integración en el entorno escolar con profesores y compañeros.

Derivación a otros recursos

- La disponibilidad desde AP para intervenir en los TC está limitada por la presión asistencial y la falta de recursos específicos.
- Cuando el caso reviste mayor complejidad o gravedad es preciso derivarlo a los equipos específicos de Salud Mental de niños y adolescentes.

Tratamientos en Salud Mental

Según las características y necesidades del caso se pueden aplicar diferentes tratamientos.

- Psicoterapia individual para el niño y/o adolescente y entrevistas periódicas con los padres.
- Psicoterapia del grupo familiar si los vínculos están gravemente distorsionados.
- Psicoterapia de grupo para el niño o adolescente y grupo de apoyo con los padres.

Tratamientos en Salud Mental

- Tratamiento complementario de técnicas de relajación en grupo.
- Tratamiento farmacológico cuando los TC están acompañados de trastornos depresivos o de ansiedad, o cuando el descontrol de impulsos es muy relevante.
- Normalmente se utilizan neurolépticos (risperidona) o antidepresivos (fluoxetina).
- No se utilizan como tratamiento único.

Derivación a otros recursos

- El tratamiento de los TC es largo y complejo.
- Precisa de bastante tiempo y de la intervención de distintos recursos.
- Es necesaria la coordinación entre Atención Primaria, Salud Mental, Servicios Sociales, etc.
- En ocasiones el trastorno es tan grave que puede precisar el ingreso en una residencia específica.