



Viernes 5 de febrero de 2016

Seminario:

Salud mental: qué y cuándo derivar y contener

Ponente/monitor:

■ **Antonio Pelaz Antolín**

Psiquiatra infantil. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Pelaz Antolín A. Salud mental: qué y cuándo derivar y contener: Trastornos de conducta. En: AEPap (ed). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 129-32.

Salud mental: qué y cuándo derivar y contener. Trastornos de conducta

Antonio Pelaz Antolín

*Psiquiatra infantil. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
antonio.pelaz@salud.madrid.org*

RESUMEN

Los trastornos de conducta suponen un frecuente motivo de derivación a salud mental. Los profesionales que estamos en contacto con este tipo de problemas no podemos quedarnos exclusivamente en valorar el comportamiento, la frecuencia y la intensidad; debemos ir más allá e intentar aclarar las causas y motivaciones de los comportamientos que presentan los menores, pues en muchas ocasiones están siendo la expresión de otros problemas emocionales, y si no tenemos en cuenta este hecho, el tratamiento no será el más adecuado.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conducta suponen la transgresión de normas socialmente aceptadas que implican una invasión en los derechos de los demás.

La lista de comportamientos disruptivos puede ser interminable, desde leves hasta muy severos: mentiras, amenazas, novillos, agresiones, crueldad con las personas y los animales, robos, desobediencia, fugas del domicilio, provocar incendios, consumir tóxicos, realizar asaltos o actos de vandalismo y por supuesto, violaciones u homicidios.

Estos comportamientos se pueden realizar en grupo o en solitario.

En general se estima una prevalencia aproximada del 5% (niños 4,8%, niñas 2,1%) y para el trastorno negativista desafiante del 1,7% en los niños y 0,6% en las niñas¹².

Las clasificaciones internacionales de enfermedades CIE 10³ y DSM 5⁴ no coinciden exactamente en dónde agrupar los trastornos de conducta. La CIE 10 incluye los trastornos de conducta en cuatro categorías diagnósticas:

- Trastornos de adaptación (F43.2), en los que tiene que existir para su diagnóstico un acontecimiento estresante o una situación biográfica de crisis. Incluye dos subcategorías, una con predominio de síntomas conductuales disociales (F43.24) y otra con alteración mixta de emociones y comportamiento (F43.25).
- Trastorno hiperquinético disocial (F90.1) cuando se cumplen criterios para un trastorno por hiperactividad y de un trastorno disocial.
- Trastornos disociales (F91). En este apartado conviene tener en cuenta la edad de aparición y el contexto, pues si aparece en el contexto de otro diagnóstico, el trastorno disocial queda excluido.
 - Limitado al contexto familiar (F91.0).
 - En niños no socializados. Se refiere a que se realizan en solitario (F91.1).
 - En niños socializados. Se refiere a que se realizan en grupo (F91.2).
 - Trastorno desafiante oposicionista (F91.3).
 - Otros (F91.8).
 - Sin especificar (F91.9).
- Trastorno disocial y de las emociones mixtos (F92). Esta categoría hace referencia a los trastornos disociales que se acompañan de manifestaciones claras y marcadas de depresión, ansiedad u otras alteraciones de las emociones.

- Depresivo (F92.0).
- Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos (F92.8). Trastornos disociales acompañados por ansiedad, temores, obsesiones, compulsiones, despersonalización, desrealización, fobias o hipocondrías.
- Trastornos disociales y de las emociones mixtos sin especificar (F92.9).

El DSM 5⁴ incluye los trastornos de conducta en distintos diagnósticos, algunos en común con la CIE 10:

- Trastornos adaptativos en los trastornos relacionados con trauma y estrés. Para esta categoría diagnóstica tiene que existir un estresor claramente identificado y una reacción ante el mismo que se considere desproporcionada y con gran impacto en la vida del paciente.
 - Con alteración de la conducta (309.3).
 - Con alteración mixta de las emociones y de la conducta (309.4).
- Trastornos en el autocontrol emocional y conductual.
 - Trastorno oposicionista desafiante (313.81).
 - Trastorno explosivo intermitente (312.34).
 - Trastornos de conducta. En esta categoría la clasificación indica tres especificadores:
 - Edad: diferenciando el inicio en la infancia (312.81), adolescencia (312.82) y sin especificar (312.89).
 - Con emociones prosociales limitadas: falta de remordimiento, falta de empatía, desinterés por el rendimiento, superficialidad en las relaciones.
 - Gravedad: leve, moderado, grave.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA

Las clasificaciones actuales no han tenido en cuenta hasta ahora los “por qué” y “para qué” de los comportamientos de los niños. Se centran fundamentalmente en el comportamiento concreto y en el tiempo, aunque cada vez más van considerando especificadores como la edad o la repercusión del comportamiento en los otros, que ayudan a entender lo que le sucede al menor.

La mejor herramienta para el diagnóstico diferencial de los trastornos de conducta es la historia clínica con las tres preguntas hipocráticas: ¿qué le pasa?, ¿desde cuándo? Y ¿a qué lo atribuye? Estas preguntas deben ir encaminadas a esclarecer el comportamiento concreto, la intensidad, frecuencia y duración en el tiempo, en qué contexto se producen, cómo reacciona el menor ante la repercusión de su comportamiento en los demás, cómo reacciona el mismo ante su conducta y las consecuencias, etc.^{1,5}

En general podríamos hablar de dos grandes grupos:

- Los trastornos de conducta puros, de intensidad grave, con un patrón persistente, sin remordimiento ni culpa, e incluso indiferencia ante las consecuencias, que podrían tener una evolución hacia un trastorno disocial o un trastorno antisocial de la personalidad.
- Los trastornos de conducta que aparecen acompañando a otros síntomas, que aparecen de forma recortada o intermitente, con una intensidad variable y con sentimientos de culpa o remordimiento ante lo sucedido, que podrían formar parte de otros trastornos como los trastornos del aprendizaje, que se acompañan en un 60% de comportamientos disfuncionales, trastorno por déficit de atención con hiperactividad con 50% de comorbilidad, trastornos depresivos con trastornos del comportamiento en el 35% o trastorno bipolar, psicosis o trastornos adaptativos^{1,6}.

Otra forma de hacer el diagnóstico diferencial es teniendo en cuenta los siguientes especificadores:

Edad⁶⁻⁸

Los trastornos de conducta que se inician en la infancia suelen estar asociados con frecuencia al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), a un temperamento difícil y ser comportamientos más agresivos y crueles, con un patrón más persistente lo cual le confiere un peor pronóstico.

Los que se inician en la adolescencia suelen ser menos agresivos, se realizan más en compañía de otros y, en general, tienen mejor pronóstico.

Sensibilidad del menor^{6,9,10}

Cuando el menor se muestra frío y distante ante su comportamiento suelen ser más severos y violentos, con un patrón persistente. En general, responden peor al castigo y se implican poco en los tratamientos.

La alta sensibilidad asociada a los trastornos de conducta está relacionada más con neuroticismo.

Comorbilidades

Cuando aparecen comórbidos con TDAH suelen ir acompañados de más problemas académicos, problemas sociales e internalizantes, en parte porque comparten una alteración importante en las funciones ejecutivas^{1,9}.

Según el tipo de comportamiento⁹

Cuando predomina una conducta agresiva, suele disminuir con la edad, las funciones ejecutivas están alteradas, los niños suelen mostrarse más contenidos, con remordimiento y peor regulación emocional. Presentan más dificultades en la resolución de conflictos y dificultades interpersonales.

Cuando predomina el incumplimiento de normas, los niños suelen ser más impulsivos, culpan a otros de lo sucedido, tienen dificultades interpersonales y el patrón es más persistente con la edad.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

En el tratamiento de los trastornos de conducta es fundamental implicar a todas las personas relacionadas con el niño. El trabajo debe ir enfocado al menor y a los adultos^{1,10}.

Trabajo con los adultos

Intentar modificar el entorno para que de la debilidad se haga fortaleza y que las amenazas se intenten transformar en oportunidades:

- Prevenir los comportamientos negativos adelantándose a las situaciones conflictivas.
- Aprender a responder de forma eficaz ante estos comportamientos.
- Entrenarles para que enseñen a los niños los comportamientos adecuados. Los niños que se portan mal no lo hacen siempre a propósito, en muchos casos es porque no saben o no pueden hacerlo bien.
- Entrenarles para que permitan a los niños asumir su responsabilidad.
- Enseñarles a negociar.

Trabajo con los menores

- Trabajar la regulación emocional para saber identificar emociones y poder manejarlas adecuadamente, especialmente la ira.
- Trabajar asertividad y resolución de problemas sin violencia.
- Trabajar cognición social para entender las señales no verbales de los otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rutter M, Taylor E (eds.). *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th ed. Oxford: Blackwell Science; 2002.
2. Coghill D, Bonnar S, Duke S, Graham J, Seth S. *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
3. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
5. Turk J, Graham PJ, Verhulst F. *Child and Adolescent Psychiatry. A Developmental Approach*. 4.ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2007.
6. Bernstein BE. *Conduct Disorder*. Medscape; 2014. [Fecha de acceso 28 nov 2015]. Disponible en <http://emedicine.medscape.com/article/918213-overview#showall>
7. Buitelaar JK, Smeets KC, Herpers P, Scheepers F, Glennon J, Rommelse NN. *Conduct Disorders*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22 Suppl 1:S49-54.
8. Goldstein RB, Grant BF, Ruan WJ, Smith SM, Saha TD. *Antisocial personality disorder with childhood vs. adolescent onset conduct disorder*. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(9):667-75.
9. Klahr A, Burt SA. *Evaluation of the known behavioral heterogeneity in conduct disorder to improve its assessment and treatment*. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55(12):1300-10.
10. Frick PJ, Ray JV, Thornton LC, Kahn RE. *Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review*. *Psychol Bull*. 2014;140(1):1-57.
11. Greene RW, Ablon JS. *Treating Explosive Kids. The collaborative problem-solving approach*. New York: Guilford Press; 2006.