

Trastorno del comportamiento: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros problemas del comportamiento

M^a Auxiliadora Javaloyes Sanchís¹, Antonio M. Redondo Romero²

¹Psiquiatra de la infancia y de la adolescencia. Unidad de Salud Mental Infantil de Alicante.

²Pediatra. Centro de Salud Cabo Huertas. Alicante

RESUMEN

Los trastornos de conducta son un área de alta relevancia tanto para los profesionales de Atención Primaria como para los de Salud Mental debido fundamentalmente a la creciente prevalencia, la complejidad en el manejo y las consecuencias tan negativas tanto en la esfera familiar como en la académica y social.

Dentro de los trastornos de conducta tenemos como patologías más frecuentes el trastorno negativista desafiante (o trastorno oposicionista desafiante), que aparece sobre todo en la primera infancia, y el trastorno disocial (característico de la adolescencia). La prevalencia de esta patología es alta, registrándose un aumento en los últimos años que nos ha llevado a cifras globales de entre un 4 y 7%. El diagnóstico se basa principalmente en la entrevista clínica y en la recogida de información del entorno escolar y las intervenciones tienen una efectividad muy limitada sobre todo porque se realiza una prevención terciaria, cuando se sabe que lo verdaderamente efectivo es la prevención primaria. En esta tarea de intervención temprana el pediatra juega un papel esencial.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de comportamiento son un área de interés creciente tanto para los profesionales de Atención Primaria como para los de Salud Mental debido fundamentalmente a la creciente prevalencia, la complejidad en el manejo y las consecuencias tan negativas a medio y largo plazo, tanto para el niño o adolescente como para la sociedad, si no se tratan de forma adecuada. Por este motivo es esencial que desde Atención Primaria se trabaje para intervenir de forma preventiva y para detectar de forma temprana los trastornos de comportamiento.

El término “trastorno de conducta” (TC) se utiliza para describir un patrón persistente de conducta oposicionista, agresiva o antisocial, que no se ajusta a lo que socialmente se considera normal para la edad cronológica del niño y que generalmente lleva a la violación de los derechos de otras personas. Ejemplos de estas conductas incluyen peleas frecuentes, crueldad a animales, mentiras repetidas, robos, piromanía, fugas de casa, absentismo, destrucción de propiedad, rabietas o enfados, conductas desafiantes, desobediencia, etc.

La terminología utilizada, tanto por clínicos como por investigadores en este campo, es muy variada: desobediencia, agresi-

vidad, conductas desafiantes, problemas de conducta, delincuencia, conductas disruptivas, etc. El término “delincuencia juvenil” se emplea como terminología legal para describir a los niños o adolescentes que cometen ofensas (y que generalmente cumplen criterios de TC).

Es importante diferenciar los problemas conductuales de menor severidad e intensidad que pueden aparecer en la primera infancia o en la adolescencia y que se consideran evolutivamente normales. Para hacer un diagnóstico de TC es necesario que las conductas persistan al menos seis meses y que tengan unas consecuencias claras tanto a nivel personal, como académico y familiar. Los TC son los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes, con una prevalencia que está aumentando en las últimas décadas de forma clara debido principalmente a los cambios sociales que estamos experimentando. Existen distintos subtipos en función de la edad de comienzo y de la severidad de la presentación.

El pronóstico a medio y largo plazo es negativo con una alta tasa de fracaso escolar, conductas delictivas, comorbilidad muy alta y consumo de sustancias. Existe también una continuidad alta entre los TC de la infancia y los de la adolescencia, y entre el TD de la adolescencia y los trastornos de personalidad de la etapa adulta.

Las intervenciones son complejas e implican siempre a distintos profesionales, y para ser efectivas deben centrarse en intervenciones preventivas y tempranas y deben extenderse durante largos períodos de tiempo. En estas intervenciones han de implicarse tanto Atención Primaria como servicios especializados, servicios sociales y educación. Aunque tradicionalmente las intervenciones eran de efectividad limitada, el aumento de la investigación en esta área y la creación de servicios especializados está mejorando el pronóstico de estos.

Para evitar confusiones se va a utilizar en este artículo el término Trastornos del comportamiento (TC) para agrupar el Trastorno de Disocial (TD) y el Trastorno negativista desafiante (TND) tal y como vienen recogidos en las clasificaciones internacionales (DSM-IV y CIE-10).

EPIDEMIOLOGÍA

Las cifras de prevalencia de TC en niños de edades comprendidas entre los 5 y los 10 años fluctúan entre el un 4,8% para niños

y un 2,1% para niñas y un 7,4% para los niños y de un 3,2% para las niñas, según el estudio epidemiológico al que nos remitamos. Si nos centramos sólo en el trastorno de conducta del adolescente (el más severo en el continuo de trastornos de comportamiento) las cifras de prevalencia oscilan entre un 1,5% y un 3,4%. La prevalencia es mayor en las zonas urbanas y en las clases sociales bajas (aunque en los últimos años está apareciendo un grupo creciente de niños y adolescentes con TC de clase media alta).

La prevalencia ha aumentando en las últimas décadas hasta en cinco veces debido principalmente a los cambios sociales que estamos experimentando y esto ha hecho que no existan recursos especializados suficientes y que las intervenciones sean tan limitadas. Algunos estudios refieren que los TC son una de las quejas más frecuentes en Atención Primaria reflejándose esta problemática hasta en un tercio de las consultas atendidas de forma rutinaria. De la población referida a las unidades de salud mental los TC forman entre el 40 y el 60% de las derivaciones.

Aunque los síntomas son muy similares en los dos sexos, en niños aparecen conductas más persistentes y severas. Existen también diferencias en la edad de presentación según el sexo, con un debut más temprano en los niños (la edad media de derivación a una Unidad de Salud Mental infantil para los niños es de 8 a 10 años, y para las niñas con TC, entre 13 y 15 años).

ETIOLOGÍA

El desarrollo de los TC no responde a un único factor etiológico sino que aparece en el contexto de un modelo en el que intervienen factores de riesgo y factores protectores; es decir, a lo largo del desarrollo del niño se van acumulando distintos factores de riesgo que, en ausencia de factores protectores suficientes, llevan a un riesgo muy alto de que aparezcan los trastornos de conducta. Como en cualquier psicopatología de la infancia y de la adolescencia, los factores de riesgo pueden dividirse en tres grupos: individuales, familiares y ambientales (véase Tabla I).

Es importante sobre todo como luego veremos para la Prevención de los TC, la existencia de Factores Protectores que van a equilibrar los posibles factores de riesgo del TC. Entre ellos se encuentran un temperamento fácil que haga que se relacionen mejor y que les traten mejor, buenas habilidades de relación y resolución de problemas, inteligencia media-alta, destreza o habilidad valorada por los otros y padres con una competencia y un estilo de crianza adecuados. La existencia de un grupo de iguales no conflictivos, la participación en actividades de ocio positivas y la existencia de un entorno escolar adecuado, son importantes factores protectores.

CLÍNICA Y FORMAS DE PRESENTACIÓN

Por lo general, el profesional de Atención Primaria va a percibir, desde muy temprano en el desarrollo del niño, la presencia de alteraciones conductuales, siendo la misma familia la que en sucesivas consultas va expresando al pediatra las dificultades

para manejar al niño de forma adecuada, el exceso de rabietas o los problemas para relacionarse con iguales sin peleas o conflictos. Otras veces la familia minimiza o niega dificultades que el pediatra puede percibir tras observar el comportamiento del niño o el manejo de las figuras parentales en varias consultas. La naturaleza evolutiva de los TC (con la excepción de un subgrupo de TC de la adolescencia que aparecen en esta etapa de *novos*) hace que el pediatra esté en una posición muy importante para detectar la presencia de estos trastornos ya que es el único profesional que acompaña a la familia a lo largo de todo su ciclo evolutivo.

La sintomatología de los TC viene definida en los criterios diagnósticos de las dos clasificaciones internacionales utilizadas: DSM-IV y CIE-10. Existen diferencias cualitativas entre los dos sistemas de clasificación, aunque ambos son herramientas útiles para que el pediatra de Atención Primaria revise los criterios enumerados para ver si se confirma su sospecha diagnóstica.

En el DSM-IV existen dos grandes TC: el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno disocial (TD) (véase Tabla II). Para realizar el diagnóstico es necesario que se presenten algunos de los criterios enumerados. Por ejemplo, en el trastorno disocial los criterios diagnósticos vienen agrupados en cuatro bloques: 1. agresión a personas o animales (siete criterios), 2. destrucción de la propiedad (dos criterios), 3. fraudulencia o robo (tres criterios), y 4. violaciones graves de las normas (tres criterios). Para realizar el diagnóstico hace falta que tres o más criterios estén presentes durante al menos 12 meses o al menos uno seis meses. Por primera vez, en el DSM-IV se permiten distintos tipos de TC en función de la edad de inicio y la severidad.

En el CIE-10 (véase Tabla III) se incluyen seis categorías para el diagnóstico del Trastorno de Conducta: trastorno de conducta limitado al entorno familiar, trastorno de conducta antisocial, trastorno de conducta socializado, trastorno opositor desafiante, otros trastornos de conducta y trastorno de conducta no especificado. Existe además la posibilidad de recoger como categoría diagnóstica los trastornos mixtos de conducta y emociones.

El trastorno de conducta antisocial del CIE-10 corresponde al Trastorno de Conducta del DSM-IV y el Trastorno opositor desafiante al Trastorno negativista desafiante.

DIAGNÓSTICO EN LA CONSULTA DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

La evaluación de los TC se basa en la historia clínica con una recogida de información desde distintas fuentes: niño, familia, colegio... Generalmente se realiza al menos durante tres o cuatro consultas. Además de la entrevista clínica, es necesario un informe escolar. Como apoyo en el proceso de evaluación se utilizan escalas y cuestionarios específicos y además se puede realizar un despistaje orgánico, sobre todo si el inicio de los síntomas es muy abrupto.

TABLA I. Factores de riesgo

Factores de riesgo individuales
1. El temperamento del niño, especialmente en niños que muestran dificultades para empatizar y falta de ajuste emocional
2. La genética; aunque menor que en otros trastornos psiquiátricos, queda claro que existe una carga mayor en el sexo masculino y una carga familiar aumentada
3. La presencia de retraso intelectual y problemas de aprendizaje, mediados por niveles altos de impulsividad y tasas altas de fracaso académico y problemas de autoestima
4. Los déficits de habilidades sociales (dificultades de interacción, distorsión en las relaciones sociales de estos niños y adolescentes y relaciones conflictivas con figuras parentales)
5. La presencia de enfermedad crónica como epilepsia o la diabetes
6. Factores neuroendocrinos del niño
7. La presencia de un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (hasta un tercio de los niños con TDAH van a desarrollar un TC)

Factores de riesgo familiares
1. Estilo de crianza inadecuado (presencia de una pobre supervisión, disciplina dura o errática, inconsistencia entre los padres, rechazo del niño y la baja implicación parental)
2. Estado mental de las figuras parentales (presencia de depresión, ansiedad, consumo de alcohol o trastorno de personalidad)
3. Vínculo afectivo
4. Abuso de tóxicos y criminalidad
5. Problemas de pareja
6. Abuso emocional, físico o sexual (siendo éste uno de los factores de riesgo más potentes para el desarrollo de TC en la infancia)

Factores de riesgo del entorno
1. Clase social baja, ausencia de vivienda o vivienda en malas condiciones, pobreza, aislamiento social
2. Asociación con un grupo de iguales conflictivos
3. El consumo de alcohol o drogas a etapas tempranas
4. Las zonas urbanas tienen tasas más altas de TC
5. En los últimos años ha aumentado la prevalencia de TC en clases media-alta donde el estilo de crianza centrado en lo material actúa como factor ambiental de riesgo

El pediatra de Atención Primaria está en una posición privilegiada para obtener esta información ya que, además de conocer al niño y tener su confianza por su posición de experto, tiene conocimiento del entorno familiar y social, tan esencial en el proceso etiológico, y puede así dar a la sintomatología la significación clínica necesaria para realizar el diagnóstico.

Es importante a la hora de evaluar desde Atención Primaria el tener presente la lista de factores de riesgo implicados en la génesis de este trastorno ya que nos ayudan a poder realizar una formulación diagnóstica acertada (Tabla I).

Entrevista clínica

La entrevista al niño o adolescente y a la familia se hará de forma conjunta y por separado (en el caso de los adolescentes es con-

veniente entrevistar al adolescente primero). Es difícil establecer una relación terapéutica adecuada con estos jóvenes por lo que será esencial utilizar un modelo de entrevista adecuado que permita obtener la información necesaria y sirva de punto de partida para las intervenciones futuras. Es necesario preguntar por el uso de sustancias tóxicas y evaluar la capacidad para empatizar, tomar responsabilidades, sentir arrepentimiento y tolerar la frustración.

Hay que evaluar el estado mental, sobre todo el estado de ánimo ya que es frecuente que el diagnóstico de base sea un “episodio depresivo” a pesar de que se presentan con conductas disociales. También es necesario evaluar las relaciones con iguales.

La historia incluirá la información relevante sobre los períodos prenatal y perinatal, el neurodesarrollo del niño, especialmente dificultades temperamentales, vinculación afectiva, relación con adul-

TABLA II. Criterios DSM-IV

Criterios para el diagnóstico del trastorno negativista desafiante F91.3

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 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 obligaciones
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

Criterios para el diagnóstico del trastorno disocial F91.8

A. Un 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 6 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 (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
4. Ha manifestado crueldad física con personas
5. Ha manifestado crueldad física con animales
6. Ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)
7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.
8. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
9. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).
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 (esto es, "tima" a otros)
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones).
13. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad
14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
15. Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica 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

Especificar el tipo en función de la edad de inicio:

1. Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad
2. Tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

Especificar la gravedad:

- Leve: pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros
- Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre "leves" y "graves"
- Grave: varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros

TABLA III. Criterios diagnósticos del CIE-10

F91	Trastornos de la conducta Trastornos caracterizados por un patrón repetitivo y persistente de conducta asocial, agresiva o desafiante. Es necesario que este comportamiento alcance niveles importantes de violación de la conducta socialmente esperada para la edad del paciente, razón por la cual debe ser más grave que la travesura infantil corriente o la rebeldía de la adolescencia, y suponer un patrón perdurable de comportamiento (de seis meses o más). Entre los ejemplos sobre los cuales se fundamenta el diagnóstico se cuentan niveles excesivos de pelea y de fanfarronería, crueldad hacia las demás personas y hacia los animales, destrucción grave de la propiedad, conducta incendiaria, robo, mentira repetitiva, falta a la escuela y fuga del hogar, y rabietas y desobediencia extraordinariamente frecuentes y graves. Cualquiera de estas conductas, si es marcada, es suficiente para el diagnóstico, pero no lo son las acciones antisociales aisladas.
F91.0	Trastorno de la conducta limitado al contexto familiar
F91.1	Trastorno de la conducta antisocial
F91.2	Trastorno de la conducta sociable
F91.3	Trastorno opositor desafiante Trastorno de la conducta que ocurre habitualmente en niños pequeños, que se caracteriza principalmente por un comportamiento notablemente desafiante, desobediente y perjudicial, y que no incluye acciones delictivas ni las formas extremas de comportamiento agresivo o asocial.
F91.8	Otros trastornos de la conducta
F91.9	Trastorno de la conducta, no especificado
F92	Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones
F92.0	Trastorno depresivo de la conducta
F92.8	Otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones
F92.9	Trastorno mixto de la conducta y de las emociones, no especificado

tos e iguales, problemas de conducta (sobre todo, control de impulsos y rabietas). Se evaluará el entorno familiar y la posibilidad de que exista algún tipo de abuso. La entrevista clínica buscará los síntomas del DSM-IV o el CIE-10 para confirmar así el diagnóstico.

Evaluación familiar

Es importante evaluar el estilo de crianza y el manejo parental ante los problemas de conducta, el estrés familiar y las estrategias para resolver conflictos de los padres, los factores de riesgo tanto en los progenitores como en el entorno social. También hay que preguntar por antecedentes psiquiátricos o de abuso de tóxicos.

Informe escolar

Es necesario obtener información sobre el funcionamiento en la escuela, tanto a nivel de rendimiento escolar como de relación con iguales y profesores. Puede ser necesaria una valoración psicométrica y una evaluación para descartar problemas específicos de aprendizaje.

Cuestionarios y escalas

La mayoría de las escalas que se utilizan para valorar la presencia de psicopatología cuentan con subescalas internas que valoran la presencia de TC. Entre otras se encuentran el CON-

NERS, el STRENGTH AND DIFFICULTIES questionnaire y el cuestionario de CHILD BEHAVIOR CHECKLIST de ACHENBACH (todas tienen versión familiar y para el profesorado, y algunas de ellas, para el adolescente).

Examen físico y exploraciones complementarias

Puede estar indicado el realizar un despistaje orgánico, sobre todo si no existen factores de riesgo evidentes en la evaluación y el inicio de los problemas comportamentales es muy agudo y severo. Se debe descartar patología médica y neurológica (como actividad epiléptica), así como la presencia de déficit auditivos o visuales, y realizar una analítica de orina para valorar el posible abuso de tóxicos.

Una vez realizada la evaluación, el Pediatra estará en la posición de realizar una formulación diagnóstica de los TC y en función del subtipo diagnóstico y la severidad, planificar las actuaciones que, como veremos posteriormente, pueden llevarse a cabo en Atención Primaria o necesitar de recursos especializados.

COMORBILIDAD Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La comorbilidad en los TC es muy alta (entre un 40 y un 60% según los estudios). El diagnóstico psiquiátrico comórbido más frecuente es el de TDAH (hasta un tercio de los niños

y adolescentes con diagnóstico de TDAH cumplen también criterios de TC).

Además, es frecuente el uso de tóxicos y la presencia de episodios depresivos y trastornos de ansiedad. También existe una comorbilidad alta entre los TC y los problemas de específicos de aprendizaje, el retraso mental ligero y los trastornos generalizados del desarrollo.

La presencia de comorbilidad hace que el pronóstico sea más negativo y las intervenciones, más complejas. Es muy importante en la evaluación detectar la patología comórbida para poder así intervenir de forma adecuada con ella.

En lo que a los diagnósticos diferenciales se refiere, hay que descartar la presencia de TDAH tanto en el niño como en el adolescente, y de un episodio depresivo en la adolescencia (ya que es frecuente el que se presente con problemas conductuales).

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

La prevención de los TC y el manejo de los TC más leves van a corresponder a Atención Primaria. Como éstos van a aparecer a edades tempranas, las intervenciones se van a centrar sobre todo en mejorar el manejo parental y a ponerse en contacto con el colegio para asegurar que se trabajan los aspectos educativos y de relación con iguales.

Aunque las intervenciones preventivas y tempranas son las más importantes para cambiar el pronóstico de este trastorno, no existen en nuestro entorno recursos suficientes en los dispositivos de Atención Primaria para actuar de manera sistematizada con todas las familias en las que se presenta esta problemática.

Existen varias experiencias de proyectos americanos que tienen como objetivo prevenir el desarrollo de los TC interviniendo en edades preescolares con niños en los que, sin que llegue a instaurarse el diagnóstico clínico de TC, se identifican múltiples factores de riesgo. Sin embargo, en la práctica clínica diaria es muy difícil realizar este tipo de intervenciones.

Para poder reducir la frecuencia de los TC es esencial conocer los factores de riesgo para el desarrollo de éstos. Esto nos permite detectar de forma temprana a los niños y adolescentes que tienen un alto riesgo de desarrollar un TC y diseñar intervenciones efectivas.

Las intervenciones desde Atención Primaria van dirigidas al entorno familiar, al niño o adolescente, y al entorno social.

Intervenciones a nivel familiar

- Modificar el estilo de crianza inadecuado: es necesario aumentar la supervisión, ayudar a los padres a que consigan una disciplina consistente y adecuada con la utilización de refuerzos positivos y límites adecuados.
- Derivar a las Unidades de Salud Mental de adultos a las figuras parentales cuando exista depresión, ansiedad, consumo de alcohol o trastornos de conducta en los progenitores.

- Potenciar la creación de un vínculo afectivo adecuado durante el primer año, ya que éste hará de modelo para las conductas de interacción futuras. Para ello es importante que exista un seguimiento estrecho en el primer año de vida y que se ayude a las familias en las que no se está estableciendo este vínculo de manera natural.
- Trabajar la relación de pareja para evitar conflictos continuos entre los padres que tienen un moldeamiento negativo de las conductas en el niño y un patrón de crianza inadecuado.
- Detectar de forma temprana, e intervenir, ante la sospecha de abuso emocional, físico o sexual.

Intervenciones a nivel individual

La intervención individual va a ser crucial en la etapa pre-adolescente y adolescente. Lo característico en esta etapa evolutiva es la presencia de sintomatología que se asemeja mucho a la necesaria para el diagnóstico de TC (conductas de riesgo, niveles altos de impulsividad e irritabilidad...). Es importante obtener la confianza de estos niños y adolescentes sabiendo escucharles y preguntarles de forma adecuada y dedicándoles tiempo aparte en las entrevistas. Entre las intervenciones individuales que el pediatra puede realizar se encuentran:

- Psicoeducación y apoyo: ofertando al niño y al adolescente la información relevante con respecto a su desarrollo psicoemocional y normalizando las dificultades que pueda estar experimentando (se incluyen consumo de tóxicos, hábitos dietéticos, etc.).
- Apoyo vocacional y educacional.
- Potenciar las habilidades sociales y el establecimiento de relaciones positivas entre iguales y adultos, y la buenas estrategias de resolución de problemas.
- Sospechar de forma temprana la presencia de retraso intelectual y problemas específicos de aprendizaje para poder derivar así de forma temprana a los recursos especializados y prevenir así que acaben instaurándose los TC.
- Ayudar a los padres a que potencien desde muy temprano una destreza o habilidad que sea valorada por los otros.
- Supervisar de forma cercana a los niños con enfermedades crónicas.
- Utilizar durante períodos breves algún psicofármaco como apoyo a las intervenciones. Los fármacos más eficaces son los neurolépticos a dosis bajas y los antiepilépticos (véase sección en el siguiente apartado).
- Derivar a los dispositivos de salud mental Infantil de forma temprana a los niños y adolescentes con sospecha de otros diagnósticos psiquiátricos y, en especial, de trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Intervenciones a nivel social

- Potenciar la existencia de un grupo de iguales no conflictivos, con la participación en actividades de ocio positivas y la existencia de un entorno escolar adecuado.

- Implicar a Servicios Sociales de forma temprana cuando exista ausencia de vivienda o vivienda en malas condiciones, pobreza, aislamiento social, asociación con un grupo de iguales conflictivos y el consumo de alcohol o drogas a etapas tempranas.
- Contactar con la escuela para asegurar así que existe una buena integración y un buen progreso académico.

DERIVACIÓN E IMPLICACIÓN DE OTROS RECURSOS

El Pediatra de Atención Primaria debe actuar como enlace entre los distintos dispositivos asistenciales y mantener en todo momento la posición de coordinador del caso.

En los casos menos severos o en los estadios iniciales donde las intervenciones son preventivas principalmente, el pediatra debe trabajar de forma coordinada con Servicios Sociales que pueden ofertar intervenciones concretas como escuela de padres, talleres, educadores de calle, etc.

Una minoría de los adolescentes presentan una sintomatología tan severa que se hace necesario el ingreso en un centro psicoeducativo o social durante un período para una reeducación conductual y una contención de las conductas disruptivas por lo que la implicación de los Servicios Sociales es siempre recomendable. De forma paralela, el pediatra se debe coordinar con los recursos educativos (profesores y psicopedagogos) con el objetivo de asegurar que se realiza una evaluación y una intervención educativa adecuadas.

La mayoría de niños y adolescentes con TC moderados o severos son derivados a recursos de salud mental infantil y son tratados de forma ambulatoria. El pediatra de Atención Primaria debe derivar cuando la severidad sea tal que tenga una repercusión clara en el funcionamiento familiar, social y educativo, y es importante que esta derivación se realice a estadios tempranos, ya que la cronicidad en los TC es uno de los peores factores pronósticos. Debido a su evolución crónica es necesario intervenir durante períodos largos y teniendo siempre en cuenta la comorbilidad existente.

La intervención desde los recursos de salud mental tiene distintos componentes:

1. Intervenciones familiares: van a tener como objetivo el mejorar el estilo de crianza, aprendiendo a poner límites y adquiriendo un estilo no permisivo ni excesivamente crítico. Es importante tratar la psicopatología parental y los conflictos de pareja de forma paralela.
2. Intervenciones individuales: van a incluir la terapia cognitivo-conductual y la terapia motivacional y los tratamientos farmacológicos.
3. Intervenciones en el entorno escolar.
4. Intervenciones con el grupo de iguales y las actividades de tiempo libre.

En la etapa preescolar las intervenciones se van a centrar en un abordaje familiar y en estimular el inicio de la escolariza-

ción para que sea exitoso. En la edad escolar es eficaz la introducción de un abordaje individual conductual y comenzar a trabajar las habilidades sociales y el buen progreso académico.

En la etapa adolescente, además de la importancia de conseguir una buena relación terapéutica con estos adolescentes, la terapia individual cognitivo-conductual y la terapia motivacional son las más efectivas. Estas intervenciones han de realizarse por servicios especializados y van a tener como objetivo el mejorar las habilidades sociales, la resolución de conflictos, el control de los impulsos y potenciar actividades positivas tanto en el entorno escolar como de ocio.

El abordaje farmacológico es un tratamiento de apoyo sobre todo para los adolescentes y nunca debe darse como intervención única.

Es frecuente la utilización de psicofármacos, sobre todo neurolépticos a dosis bajas (risperidona a dosis iniciales de 0,25 mg. dos veces al día u olanzapina a dosis de 2,5 mg dos veces al día), los anticomociales de nueva generación (topiramato, lamotrigina o gabapentina a dosis similares a las utilizadas en la epilepsia). También pueden utilizarse psicoestimulantes sobre todo si existe un perfil de desatención e impulsividad claro (metilfenidato a dosis de 0,5 a 1,2 mg/24 horas en el caso de liberación lenta, un comprimido por la mañana y, en el deliración rápida, un comprimido por la mañana, mediodía y tarde).

Los psicofármacos tienen también un papel esencial en el tratamiento de los trastornos comórbidos (hay que añadir a los nombrados anteriormente el uso eficaz de los antidepresivos como fluoxetina a dosis de 20 mg/día cuando existe un episodio depresivo comórbido).

PRONÓSTICO

Los TC pueden aparecer en la infancia temprana y persistir en las distintas etapas o aparecer de nuevo en la adolescencia. La investigación en este campo ha demostrado que tienen peor pronóstico los de comienzo temprano, ya que son muy estables estos patrones conductuales.

La investigación demuestra que existe una continuidad alta entre los TC de los niños preescolares y las de los adolescentes existiendo, por tanto, una progresión entre el TND y el TD en la etapa adolescente. Diversos estudios muestran una estabilidad entre los TC en la infancia y la adolescencia y los problemas de conducta del adulto, siendo muy raro el adulto diagnosticado de trastorno antisocial de la personalidad que no ha tenido antes un trastorno de conducta y existiendo una tasa de hasta el 40% de niños y adolescentes con TC que desarrollan un trastorno de personalidad en la etapa adulta. En el resto es frecuente encontrar tasas altas de otros trastornos psiquiátricos como depresión o ansiedad.

Existe en estos jóvenes una tasa alta de muerte violenta y de conductas antisociales no psiquiátricas, como robos, violencia, abuso de sustancias, etc. Los TC se asocian también al fracaso

escolar, dificultad para mantener un trabajo, problemas de relación con alta tasa de separaciones y divorcios, y problemas para una crianza adecuada de los hijos, perpetuando así el ciclo de problemas de conducta.

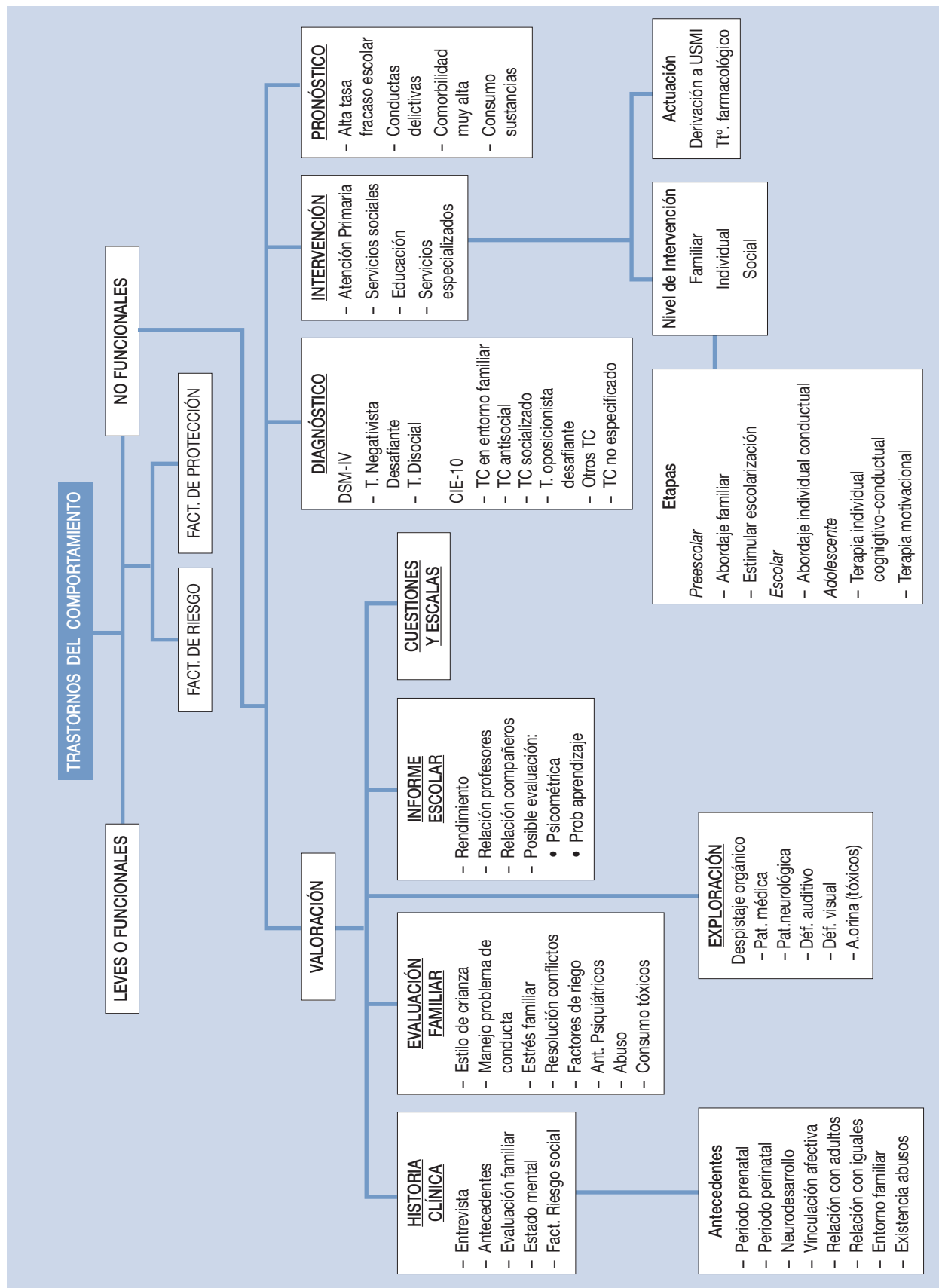
El coste de los TC en términos de la calidad de vida de estos jóvenes y de sus familiares y de los recursos necesarios, es muy alto. Además del coste en recursos de Salud (tanto de Atención Primaria como de los Servicios de Salud Mental), están directamente implicados los Servicios Sociales (ya que algunos de estos niños y adolescentes van a pasar un período en centros de acogida) y los servicios de educación donde los problemas de conducta son cada vez más difíciles de contener y manejar, con una alta tasa de fracaso escolar y absentismo.

Existe, por tanto, una necesidad clara de intervenir de forma preventiva y efectiva a una etapa temprana. Esto supone el invertir en recursos específicos (y caros) en la etapa de la infancia y la adolescencia, para poder así ahorrar el gasto que la sociedad tiene que asumir en etapas posteriores.

Estas reflexiones dejan, por tanto, muy clara la importancia de trabajar de forma temprana y con una implicación de los distintos profesionales y agencias.

BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36 (suppl.):122-39.
***Artículo esencial que ofrece los parámetros de evaluación y tratamiento de los trastornos de conducta en la infancia. A pesar de tener ya varios años, sigue siendo muy válido para psiquiatras infantiles y para pediatras y está estructurado de una manera muy clara para dar una visión práctica de qué hacer en los trastornos de conducta.
- Maughan B & Rutter M. Continuities and discontinuities in antisocial behavior from childhood to adult life. *Advances in Clinical Child Psychology* 1998; 20:1-47.
*Artículo útil para entender la psicopatología de forma evolutiva especialmente en los trastornos de conducta. Revisa los distintos factores que marcan el pronóstico y las diferencias entre los distintos subtipos de trastornos de conducta.
- Reid JB. Prevention of conduct disorder before and after school entry: Relating interventions to developmental findings. *Development and Psychopathology* 1999; 5: 243-62.
**Artículo que revisa las distintas intervenciones que pueden realizarse de forma preventiva y cómo los distintos profesionales intervienen, remarcando la función de los recursos de Atención Primaria.
- Stoolmiller M, Eddy J M, Reid J B, et al. Detecting and describing preventive intervention effects in a universal school-based randomized trial targeting delinquent and violent behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68: 296-306.
*Describe un programa de intervención en la escuela detallando herramientas de evaluación en la comunidad escolar y recogiendo resultados positivos después de un período de actuación.
- Committee on Children with disabilities. Role of the pediatrician in family-centered early intervention services. *Pediatrics* 2001; 107(5): 1155-7.
***Artículo muy útil para el Pediatra de Atención Primaria ya que describe el rol que debe tener para intervenir tanto con el niño como con las familias en las que existan problemas conductuales, emocionales o de desarrollo.
- Tracy J, Henderson D. Children and adolescents with developmental disabilities. The GP's role. *Aust Fam Physician* 2004; 33 (8): 591-7.
**Ofrece a los profesionales de Atención Primaria la función que desempeñan con niños y adolescentes con problemas psiquiátricos remarcando la figura central de éstos. Aunque los problemas de conducta son englobados dentro de una categoría más global el artículo es muy útil como marco general.
- Van de Wiel N, Matthys W, Cohen-Kettenis PC, van Engeland H. Effective treatments of school-aged conduct disorder children: recommendations for changing clinical and research practices. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002; 11 (2): 79-84.
**Revisión de los distintos planes de intervención en los trastornos de conducta y actualización en los que se consideran efectivas y el papel que juegan los distintos profesionales incluido el Pediatra de Atención Primaria.
- Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41 (11): 1275-93.
***Artículo de revisión que recoge los cambios experimentados en este grupo diagnóstico así como las distintas investigaciones e innovaciones que se han ido realizando en este campo.
- Dodge KA, Pettit GSA. Biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Dev Psychol* 2003; 39 (2): 349-71.
*Artículo que ofrece un modelo de desarrollo en los trastornos de conducta enmarcando los factores etiológicos en distintos grupos y dando una visión clara de cómo acaban cronificándose los problemas de conducta en el adolescente.
- Ruths S, Steiner H. Psychopharmacologic treatment of aggression in children and adolescents. *Pediatr Ann* 2004; 33 (5): 318-27.
**Revisión de las distintos tratamientos farmacológicos que se utilizan en los trastornos de conducta con los tratamientos más novedosos y su efectividad. Es un buen apoyo para el uso de psicofármacos en este grupo.
- Carrasco-Ortiz MA, Rodríguez-Testal JF, Hesse BM. Conduct problems in a sample of institutionalized minors with previous mistreatment. *Child Abuse Negl* 2001; 25 (6): 819-38.
*Artículo realizado con población española que recoge las consecuencias de una intervención tardía en los trastornos de conducta en la infancia, y remarca la importancia de la prevención y la intervención temprana.
- Andrés MA, Catala MA, Gómez-Beneyto M. Prevalence, comorbidity, risk factors and service utilisation of disruptive behaviour disorders in a community sample of children in Valencia (Spain). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34 (4): 175-9.
**Artículo realizado por profesionales de nuestro país en el que se revisan las características de los niños con trastornos de conducta que acuden a una Unidad de Salud Mental Infantil. Es interesante ver cómo se replican los resultados de otros países.



Caso clínico

J. es un adolescente de 12 años que “es traído a la consulta del pediatra” por su madre debido a problemas de comportamiento que incluyen enfados continuos en casa, desobediencia, mentiras, fugas de clase, peleas con iguales, robos menores dentro del entorno familiar y agresividad verbal en forma de amenazas e insultos tanto a la madre como al hermano pequeño.

Las conductas de J. han empeorado en los últimos 6 meses coincidiendo con el cambio al instituto, donde se ha hecho un nuevo grupo de amigos que, según la madre, son “los peores del centro”. Este curso escolar se ha fugado con regularidad, no ha estudiado nada y ha tenido varios partes disciplinarios por su conducta.

Los padres de J. están separados después de una convivencia conflictiva debido al carácter “difícil” del padre. Desde la separación el padre ha mantenido sólo un contacto irregular, mostrando sobre todo interés en la hermana pequeña. J. es el segundo de tres hermanos. El mayor tiene ahora 19 años y es descrito por la madre como un hijo ejemplar que nunca ha dado problemas. La pequeña tiene 7 años y existe una rivalidad y un rechazo claro de J. hacia ella desde su nacimiento.

J. es descrito como un niño de carácter difícil desde siempre, con niveles altos de impulsividad e inquietud psicomotora y

problemas de relación con iguales que incluían peleas frecuentes y dificultad aceptando normas y las figuras autoritarias. A nivel académico el rendimiento ha sido siempre muy bajo, presentando dificultades de aprendizaje desde los primeros años.

La madre reconoce que el manejo en casa ha sido muy irregular, con una crianza muy rígida y crítica por parte del padre, y un estilo más sobreprotector y permisivo por su parte. Desde la separación la madre ha notado cómo J. se ha vuelto incluso más agresivo que el padre y cómo la aparente dependencia materna se ha convertido en tiranía.

En la entrevista con J. se encuentra a un adolescente claramente enfadado que no coopera en la anamnesis y es muy crítico tanto con la madre como con el profesional. Cuando se le entrevista de forma individual se establece una mejor relación terapéutica y se percibe que tras la fachada de pasotismo y desafío existe un malestar por la situación que está viviendo y por las repercusiones que, está teniendo para su familia. No existe alteración del patrón de sueño o del apetito y muestra un interés adecuado por las actividades de ocio y diversión (que consisten en dar vueltas por el parque con el grupo de iguales). Niega consumo regular de alcohol o tóxicos, aunque admite haber consumido “porros” de forma esporádica.

Preguntas de evaluación

PREGUNTAS SOBRE EL TEMA

1. *¿Ante un TC, cuál de las siguientes funciones no corresponden al pediatra de Atención Primaria?*
 - a) La prevención.
 - b) La detección temprana.
 - c) El tratamiento de la patología psiquiátrica parental.
 - d) La implicación de Servicios Sociales.
 - e) La implicación de la escuela.
2. *¿Cuál de los siguientes factores no se considera un factor de riesgo para el desarrollo del TC?*
 - a) Depresión post-natal en la madre.
 - b) Temperamento difícil.
 - c) Estilo de crianza autoritario.
 - d) Diabetes mellitus.
 - e) Familia monoparental.
3. *¿Qué porcentaje asociado a los TC no es real?*
 - a) Prevalencia en niños del 7%.
 - b) Comorbilidad con el TDAH del 50%.
 - c) Prevalencia en niñas del 4%.
 - d) Continuidad a la etapa adulta como trastorno de personalidad del 60%.
 - e) Porcentaje de derivaciones recibidas en Salud Mental del 40%.
4. *¿Con qué problemática no hay que hacer diagnóstico diferencial?*
 - a) Adolescencia normal.
 - b) Episodio depresivo.
 - c) Trastorno obsesivo-compulsivo.
 - d) Consumo de tóxicos.
 - e) TDAH.
5. *¿El pediatra de AP puede indicar un tratamiento farmacológico ante una sospecha de TC?*
 - a) Sí, si la impulsividad o la agresividad son tan severas que las conductas son claramente de riesgo para el joven o para otros.
 - b) Sí, utilizando siempre una benzodiacepina como tranquilizante.
 - c) No, si no se está realizando, de forma paralela, una intervención individual y familiar.
 - d) Sí, si la sintomatología es severa utilizará un neuroléptico a dosis baja o un antimicrobiano.
 - e) Sí, pero, ante la “no respuesta” o el empeoramiento de la sintomatología, derivará a Salud Mental para continuar el tratamiento.

PREGUNTAS SOBRE EL CASO CLÍNICO

1. *El diagnóstico clínico más probable de J. es el de:*
 - a) Trastorno oposicionista desafiante.
 - b) Trastorno disocial.
 - c) Adolescencia.
 - d) Episodio depresivo.
 - e) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
2. *De los siguientes diagnósticos diferenciales/comorbilidades ¿cuál de ellos no es relevante en el caso de J.?:*
 - a) Capacidad intelectual límite.
 - b) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
 - c) Psicosis de inicio temprano.
 - d) Consumo de tóxicos.
 - e) Trastorno específico del aprendizaje.
3. *De entre las intervenciones que el pediatra debe realizar no se encuentra:*
 - a) Derivar al servicio psicopedagógico del centro escolar para valoración psicométrica.
 - b) Hablar con el trabajador social del centro para que se implique con J. y su familia.
 - c) Derivar a los dispositivos de Salud Mental si la intervención inicial no obtiene una mejoría.
 - d) Trabajar con la familia al completo citando de forma separada y conjunta a los distintos miembros de la familia (incluyendo al padre y a los hermanos).
 - e) Plantearle a la madre desde un principio que J. tiene que irse a un centro porque está todo perdido.