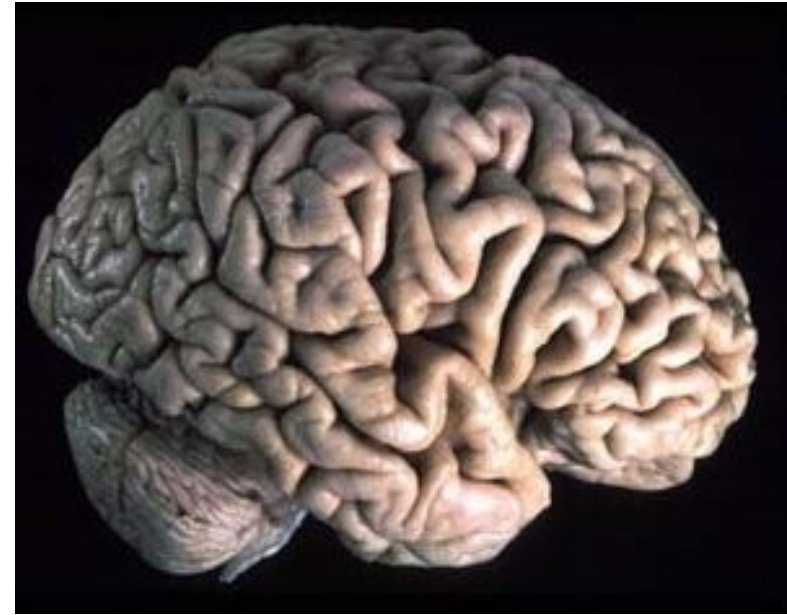


TEMA 27: TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Y

OTROS TRASTORNOS DE INICIO EN INFANCIA_ADOLESCENCIA



1.-TRASTORNOS DE CONDUCTA



Evitar psiquiatrizar los problemas

Clasificación

CIE10



Trastornos disociales

- Trastorno disocial limitado al contexto familiar**
- Trastorno disocial en niños no socializados**
- Trastorno disocial en niños socializados**
- Trastorno disocial desafiante y oposicionista**

Trastornos disociales y de las emociones mixtos (incluye trastorno disocial depresivo)

Definiciones



TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

- Patrón **persistente (6 meses** en la CIE10, 12 en la DSM-IV TR)
- Comportamiento que viola los derechos de otros individuos las normas y reglas apropiadas para la edad que la sociedad establece

Los Trastornos de Conducta (Disociales)



Se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador

...violaciones de las normas, mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en la que vive

Los Trastornos de Conducta (Disociales)



Se trata por tanto de desviaciones más graves que la simple "maldad" infantil o rebeldía adolescente.

Los actos antisociales o criminales aislados no son, por si mismos base para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamiento.

Epidemiología



Prevalencia de los Trastornos de conducta:

- **4% en niños de 6 a 11 años (Isle of Wight, 1964; Ontario Child Health Survey, 1987)**
- **8% en un barrio pobre de Londres (Camberwell)**
- **4.9-11.1% en Valencia (Andrés y cols. 1999)**
- **H/M : 4/1**

Prevalencia Trastorno Antisocial de la Personalidad: 1,9-2,9%

- **Más frecuente en varones**
- **Más frecuente en entornos carcelarios o entre consumidores de drogas**

Clasificación

Subtipos:

- edad de inicio antes o después de los 10 años
- trastorno desafiante oposicionista
- socializados y no socializados
- trastornos limitados al medio familiar.
- dimensiones de alteración de las emociones, e hiperactividad.
- criterio de gravedad: el número de síntomas
- otros subtipos: agresivo/no agresivo, encubierto/evidente

Síntomas

Trastorno oposicionista-desafiante

Al menos 6 meses

Pérdidas de control/rabieta

Discusiones con adultos

Negativa/desafío al cumplimiento de normas/requerimientos impuestas por adultos

Molestar deliberadamente

Culpabilizar a otros

Facilmente moleestado y quisquilloso

Frecuentemente enfadado o resentido

Frecuentemente vengativo y rencoroso

Síntomas

Trastorno de conducta

Al menos 12 meses

Agresiones a personas o animales

Destrucción de propiedad

- Provocación de incendios
- Destrucción de propiedades
- Engaños o robo
- Allanamamiento de morada, coches, edificios
- Mentiras
- Robos sin intimidación
- Violación grave de reglas sociales
- Salir por la noche sin permiso antes de los 13 años

- Intimidar, hostigar, amenazar
- Iniciar peleas
- Uso de armas
- Crueldad física con personas
- Crueldad física con animales
- Robos con intimidación
- Forzar actividad sexual

Fugas de casa toda la noche

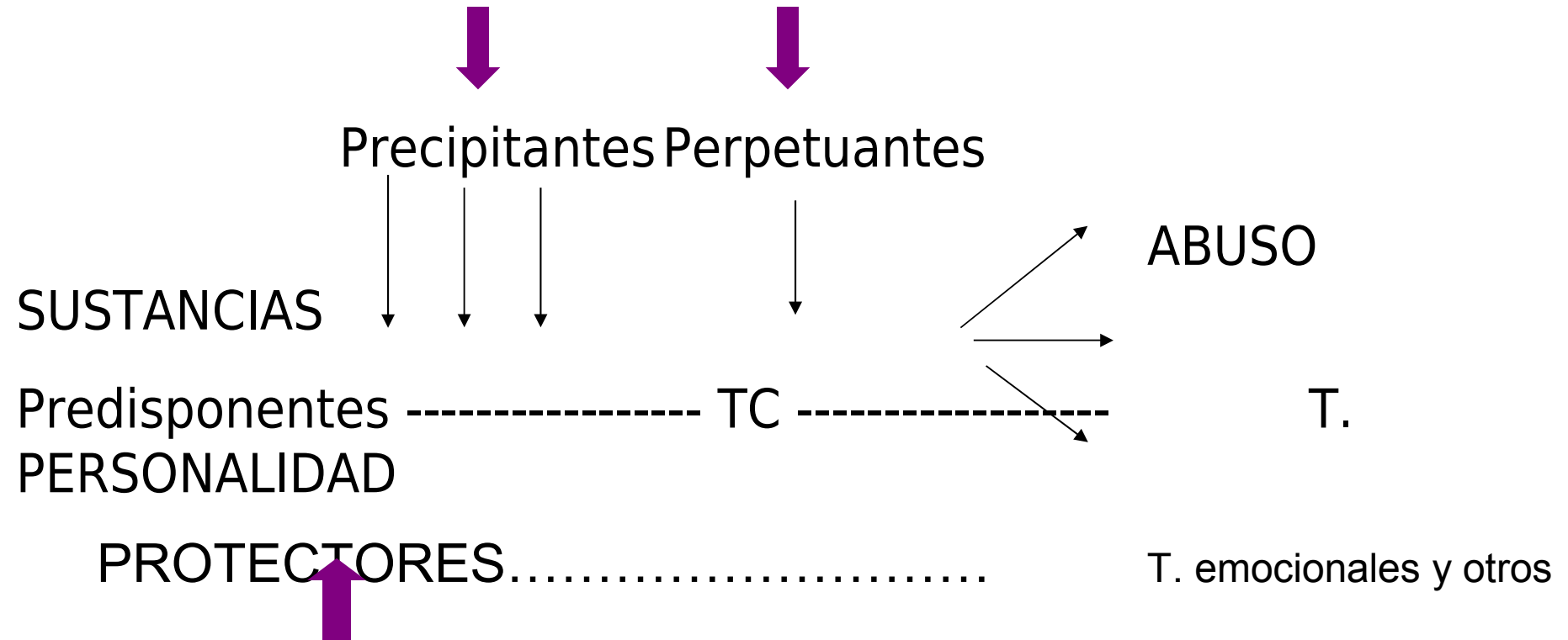
Absentismo escolar, antes de los 13

Síntomas



El trastorno causa alteración clínicamente significativa en las áreas social, académica o laboral.

Contexto. Patogenia de los TC



 Puntos de intervención

Etiología de los Trastornos de Conducta

TRASTORNO DESAFIANTE OPOSICIONISTA

Factores sociales

**familias demasiado numerosas
ausencia de espacio de juego**

Factores del niño

características temperamentales

se asocian t. del desarrollo (lenguaje, control

de esfínteres)

Factores familiares

falta de calidez, crítica, rechazo, poca

estimulación, madres

ansioso-depresivas

(primario o reactivo)

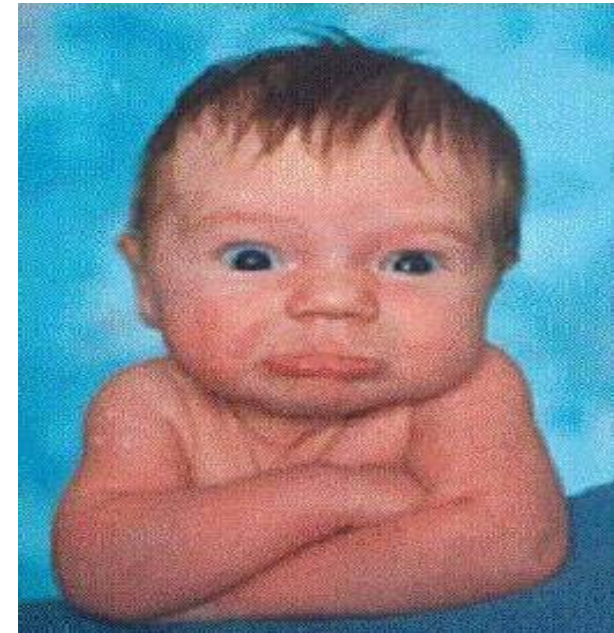
Factores de Riesgo para el Desarrollo de T. De Conducta/Predisponentes

Factores en el niño:

- Trastornos específicos de aprendizaje:
lenguaje y lecto-escritura**
- CI límite**
- Desproporción entre CIV/CIM**
- Hiperactividad**
- Niñas: menarquia temprana**
- Temperamento difícil; impulsividad y búsqueda
de emociones**
- Historia de contusiones cerebrales, disfunción
cerebral mínima. Lesiones frontales (impulsividad, juicio,
planificación, mentalización). Lesiones en SNC.**

Temperamento

- El temperamento difícil (*Thomas y Chess, 1968*) predispone a la aparición de trastornos de conducta a los 3 (*Rutter, 1985*) y a los 11 años (*White, 1990-Dunedin*)
- La impulsividad, búsqueda de sensaciones, agresividad y falta de control tienen un papel establecido
- Hay datos neurobiológicos que asocian distintos temperamentos a sistemas de neurotransmisores específicos
- Hay rasgos temperamentales protectores



Aspectos Psicosociales

- **Características familiares**
- **Pobreza**
- **Crianza**
- **Grupo de iguales delincuentes**
- **Desempleo**



Factores Sociales

- Medios de comunicación
- Diferencias de zona
- Escuela
- Pertenencia a una etnia
- Consumo de drogas
- Disponibilidad de armas



Diagnóstico Diferencial



- Reacción adaptativa**
- Hiperactividad**
- Normalidad**
- Desviación cultural**
- Trastornos del desarrollo**

Evolución de los trastornos de conducta



40% de niños con Trastornos de conducta → jóvenes delincuentes

90% niños con T. de conducta ← adultos delincuentes

Hasta en las condiciones más adversas, un 25% de los chicos con T. de conducta no desarrollan un Trastorno de la Personalidad.

Intervención



Intervención **multidisciplinar** esencial

Problema de los roles de cada institución

Intervenciones centradas en el niño:

Modificación de conducta

Resolución de conflictos y entrenamiento en habilidades sociales

Psicoterapia individual

Medicación (comorbilidad, impulsividad, agresividad)

Intervención (2)



Intervenciones centradas en la familia

Apoyo/información/escuela de padres

Modificación de conducta

Terapia de familia

Abordajes institucionales

Familias desestructuradas/casos de conflicto o protección

Centros terapéuticos, con un abordaje inicialmente conductual, progresivamente, en paralelo, más cognitivo y sucesivamente, si es posible, más introspectivo.

INFORMACIÓN A PADRES Y FAMILIARES

- Necesaria disciplina firme, clara y motivada, pero no abrumadora
- Evitar los castigos. Mejor reforzar con premiso las conductas deseadas
- Intentar comprender la causa del comportamiento
- Cuando se castigue, hacerlo inmediatamente, de forma proporcionada a la falta
- Advertir la importancia de comunicarse con el colegio de forma continuada

Derivar al especialista si pese a implantar lo anterior, persiste la conducta

Prevención



La violencia es en su mayor parte una conducta aprendida

Centradas en el niño:

Desarrollo de habilidades de planificación y afrontamiento (T.cognitiva)

Proveer de múltiples oportunidades (escuela, familia) para el éxito

Desarrollo de habilidades no académicas

Prevención



Aspectos comunes de los programas de reducción de violencia juvenil que tienen éxito:

- participación de los supervivientes de la violencia juvenil
- staff implicado, pasional. Relaciones duraderas, cercanas y respetuosas entre adultos y jóvenes. Duración e intensidad más que especificidad.
- staff y voluntariado formado, experimentado
- clima positivo que no tolera violencia o humillaciones
- integración de servicios en un continuum
- altas expectativas de conducta
- oportunidades para practicar habilidades sociales y cognitivas

TC

Mitos y Precauciones!

Delincuencia # trastorno de conducta

No hay ningún criterio específico

T. de conducta # psicopatía

Estigma y nihilismo terapéutico

Derivación al especialista



Análisis global

Diagnóstico psiquiátrico/médico

Diagnostico multifactorial

**Detección de problemas en las dimensiones
psicopatológicas relacionadas con sistemas
de neurotransmisores (Silver y Davis)**

Cognitivo-perceptiva

Agresividad-impulsividad

Afectividad-inestabilidad

Ansiedad-inhibición

Derivación al especialista



Puesta en marcha de intervenciones médicas o psicoterapéuticas específicas (...cuando se pueda)

Asesorar intervenciones sociales o judiciales

Internamientos psiquiátricos

Diagnóstico diferencial

Comorbilidad

Control agudo de descargas de agresividad

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA:



Bibliografía básica y de consulta:

KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 9ª ed. Waverly Hispánica. Madrid, 2004.

VALLEJO RUILOBA, J.: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 5ª ed. Masson. Barcelona. 2006.

Bibliografía específica:

AJURIAGUERRA, J.: Manual de Psiquiatría Infantil (4 ed.) Masson. Barcelona, 2002.

RUTTER, M.; TAYLOR, E.: Child and Adolescent Psychiatry. Blackwell, 2002.

2.-Trastornos específicos de la infancia y adolescencia





Trastornos alimentarios de lactantes y niños

Trastornos alimentarios de lactantes y niños

Rechazo a la alimentación


Otras variaciones extremas de la conducta alimentaria normal (Ej. Rumiación)

Diagnóstico solo si el grado es muy intenso respecto a la media, la conducta es cualitativamente anómala, o el niño gana o pierde peso en al menos 1 mes

PICA

Ingestión persistente de sustancias no nutritivas

Se diagnostica si no acompaña a otro cuadro más amplio, como el autismo o el retraso mental

- 
- Trastornos del vínculo
 - Trastorno de ansiedad por separación
 - Mutismo selectivo
 - Trastornos de movimientos estereotipados
 - Trastornos de la eliminación
 - Trastornos del ánimo y suicidio
 - Trastornos psicóticos en la infancia /adolescencia

Trastornos del vínculo



Vínculo (Bowlby): 1º año de vida

Es el primer conato de relación interpersonal; se basa en la seguridad y confianza que desarrolla el niño indefenso con sus cuidadores

Contacto físico madre-hijo cuando tiene hambre, asustado, estresado

El tipo de vínculo desarrollado en la infancia influye en la capacidad de relación interpersonal del adulto

Se debilita con la llegada del 2º hijo

El vínculo con el padre es distinto

Obj. transicional (Winnicott)



Desplaza al objeto de la 1ª relación y precede a la toma de contacto con la realidad

1ª posesión "NO-YO"

Calma el malestar de la separación

Vínculo seguro – *efecto de la base segura*

La seguridad, determinada por la sensibilidad y respuestas maternas, de que en situación de necesidad la madre estará ahí



Exploración tranquila



Llanto



Tranquilización

Vínculo inseguro



Vínculo en que el niño tiene sensación de inseguridad. Determinado por el temperamento del niño y por las respuestas de la madre

Los niños menos vínculos seguros que las niñas

Son más vulnerables a los cambios de la sensibilidad materna

Trastornos del vínculo

TRASTORNO DE LA VINCULACIÓN EN LA INFANCIA REACTIVO

Se presenta en lactantes y primera infancia (<5 años)

Anomalías persistentes en la forma de relación

Las reacciones emocionales responden a cambios ambientales

TRASTORNO DE LA VINCULACIÓN EN LA INFANCIA REACTIVO

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Miedo y preocupación inconsolables

Respuestas sociales ambivalentes o contradictorias

(ej. al ser cogidos, mezcla de contacto, evitación, resistencia) (o inhibición, acurrucamiento)

Pobre interacción social con compañeros, hipervigilancia

Auto y heteroagresiones

Retraso en el crecimiento

TRASTORNO DE LA VINCULACIÓN EN LA INFANCIA REACTIVO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastornos generalizados del desarrollo

tienen empatía y capacidad de relación normal

las respuestas sociales remiten con una modificación ambiental adecuada

no tienen graves alteraciones cognitivas

no rasgos de comunicación/intereses autistas

ETIOLOGÍA

Cuidados inadecuados: abuso o negligencia

TRASTORNO DE LA VINCULACIÓN EN LA INFANCIA DESINHIBIDO



TRASTORNO DE LA VINCULACIÓN EN LA INFANCIA DESINHIBIDO

Comportamiento social anormal en los primeros 5 años

Persisten a pesar de cambios ambientales

2 años: conducta pegajosa, vinculación no selectiva

4 años: llamadas de atención, comportamiento cariñoso indiscriminado

Infancia media: búsqueda indiscriminada de afecto, relación pobremente modulada con compañeros

ETIOLOGÍA

Crianza carente, frecuentemente en instituciones, con cambios frecuentes de cuidadores

Trastorno de ansiedad por separación

Ansiedad excesiva centrada en la separación de figuras importantes de apego (malestar excesivo, somatizaciones)

- preocupación irreal por posibles daños a la persona de referencia
- irreal preocupación por que suceda algo que le separe de la figura de apego
- persistente rechazo a ir al colegio por miedo a la separación
- persistente rechazo a irse a dormir sin la persona de apego
- temor a estar solo o sin la persona de apego por el día
- pesadillas reiteradas sobre separación

Mutismo selectivo



Trastorno emocional

Selectividad del habla según las situaciones

Nivel adecuado de expresión del lenguaje

Adecuada competencia de comunicación

Con frecuencia se manifiesta en la primera infancia

Frecuentemente acompañado de otros síntomas de ansiedad: hipersensibilidad, negativismo, retraimiento

Algunas veces hay antecedentes de trastornos del lenguaje

Trastorno de movimientos estereotipados

Movimientos involuntarios, repetitivos, estereotipados, que carecen de una función concreta, rítmicos

No forman parte de ningún cuadro psiquiátrico o neurológico reconocido

balanceos

retorcerse y arrancarse el cabello

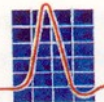

movimientos amanerados de los dedos/manos

estereotipias autoagresivas: cabezazos, hurgarse los ojos, morderse las manos, labios (**suelen asociarse a retraso mental y otros trastornos**)

T. de la eliminación



Enuresis

	Nocturna	Diurna	2ª
	5 a: 7% 10 a: 3% 14 a: 1.5%	3 a: 10% 5 a: 3% 7 - 9 a: 1%	5 - 8 a.
N : D	7 - 8	1 - 2	
	3 v : 1 m	mujeres	mujeres
	\$ baja T.M.: 20%	2 - 17% + N	

Enuresis: etiología

Genética

75% enuréticos: 1 familiar de 1º grado +

Riesgo: padre +: 7 veces más; madre +: 5 veces más

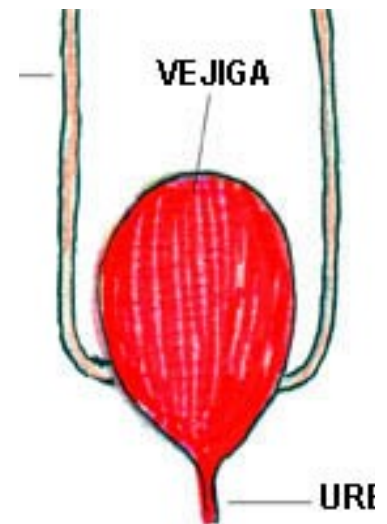
Psicosociales

Fisiológicos

< capacidad funcional de la vejiga?

< capacidad de retención?

Ausencia de ritmicidad nictameral
de la ADH



Enuresis: clínica



Emisión repetida de orina en las ropas o en la cama, involuntaria o intencionada

≥ 5 a. cronológicos o mentales (DSM-IV)

≥ 5 a. cronológicos o 4 a. mentales (CIE-10)

durante al menos 3 meses

Al menos 2 v/s (DSM-IV)

Al menos 2 v/m en < 7 a, y

al menos 1 v/m en ≥ 7 a

(CIE-10)

Enuresis: tipos

Momento de la emisión

Nocturna: sin relación con un estadio concreto del sueño

Diurna: a partir de los 4 a.



Mixta

¿Ha dejado de mojar durante un tiempo?

Primaria: no

Secundaria: continente durante 6 – 12 meses



Más asociada a dificultades psiquiátricas/psicológicas

Trastorno del estado de ánimo y suicidio en niños y adolescentes



Una importante característica de las depresiones en niños y adolescentes es que se presentan asociadas a otros trastornos (Ejem. T. Conducta, T. Ansiedad)

En el aula se detectan mucho mejor los síntomas y trastornos externalizadores

DEPRESIÓN. MANIFESTACIONES CLINICAS EN LA INFANCIA



Síntomas **psicosomáticos**: dolores de cabeza, dolores de estómago

Disminución rendimiento escolares (pobre concentración y atención)

Irritabilidad e incapacidad para hacer frente a mínimas adversidades. Frecuentes “pataletas”

Retraimiento social

Sentimientos de aburrimiento y falta de interés por las cosas

Apariencia desvitalizada

Equivalentes depresivos

Trastornos psicóticos en infancia y adolescencia



HISTORIA

Patología psiquiátrica grave en niños

RM

Psicosis infantil/**Esquizofrenia infantil**
etc.

1978

T. Generalizados del
Desarrollo (Autismo
y...)

Esquizofrenia

Inicio en la infancia

GENERALIDADES



- ❖ **No existen categorías diagnósticas específicas en criterios diagnósticos actuales**
- ❖ **Diferencias entre las psicosis del adolescente y las del adulto son principalmente cuantitativas y por tanto el diagnóstico se basa en los mismos síntomas que en el adulto**
- ❖ **A pesar de ello peculiaridades en detección, tratamiento, pronóstico, complicaciones, etc....**

EPIDEMIOLOGÍA

**PREVALENCIA TRASTORNOS PSICÓTICOS EN MUESTRAS
COMUNITARIAS 1%**

LOHR AND BIRMAHER, 1995

**INICIO RARO ANTES DE LOS 13 AÑOS CON AUMENTO GRADUAL
DE LA INCIDENCIA DURANTE LA ADOLESCENCIA**

**AMERICAN ACADEMY OF
CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY 1997**

Prevalencia de EIMT (antes de los 13) 1,6/100000

Kraepelin: 3,5% de esq. inicio antes de los 10 años

Bleuler: 0,5-1% antes de los 10 años

Inicio antes de los 20 años: entre 20 y 40%

Trastornos Psicóticos en la adolescencia

EPIDEMIOLOGIA II



MUESTRAS CLÍNICAS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES:

PREVALENCIA DE IDEAS DELIRANTES	4%
PREVALENCIA DE ALUCINACIONES	8%

TRASTORNOS PSICÓTICOS REPRESENTAN APROXIMADAMENTE UN 5% DE TODOS LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DEL ADOLESCENTE.

Síntomas frecuentes en psicosis infantil

- **Trastornos de Lenguaje**
- **Dificultad para distinguir el mundo onírico y real**
- **Alucinaciones visuales y auditivas**
- **Ideas y pensamiento vívidos y extraños**
- **Disminución del interés, pensamiento desorganizado**
- **Labilidad afectiva**
- **Comportamiento extraño, estereotipias, desinhibición**
- **Ideas delirantes de persecución**
- **Comportamiento regresivo**
- **Ansiedad y temerosidad severas**
- **Confusión de la televisión con la realidad**
- **Dificultad para entablar y mantener relaciones sociales**

CARACTERÍSTICAS DE INICIO



Aislamiento

Falta de impulso vital

Falta de iniciativa, interés, capacidad de decisión

Progresivo autoabandono

Desinterés en las relaciones sociales

Pérdida de implicación emocional

Desorganización comportamental, o mental

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA:



AJURIAGUERRA, J.: Manual de Psiquiatría Infantil (4 ed.) Masson. Barcelona, 2002.

CIE-MIA-10. Clasificación Internacional de Enfermedades. Multiaxial de Infancia y Adolescencia, OMS.

GELDER, M.G.; LÓPEZ-IBOR, J.J. Jr; ANDREASEN, N. Tratado de Psiquiatría. Ars Médica, Barcelona 2003.

KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 9ª ed. Waverly Hispánica. Madrid, 2004.

RUTTER, M.; TAYLOR, E.: Child and Adolescent Psychiatry. Blackwell, 2002.