

## TÍTULO: Trastornos de conducta

### AUTORES:

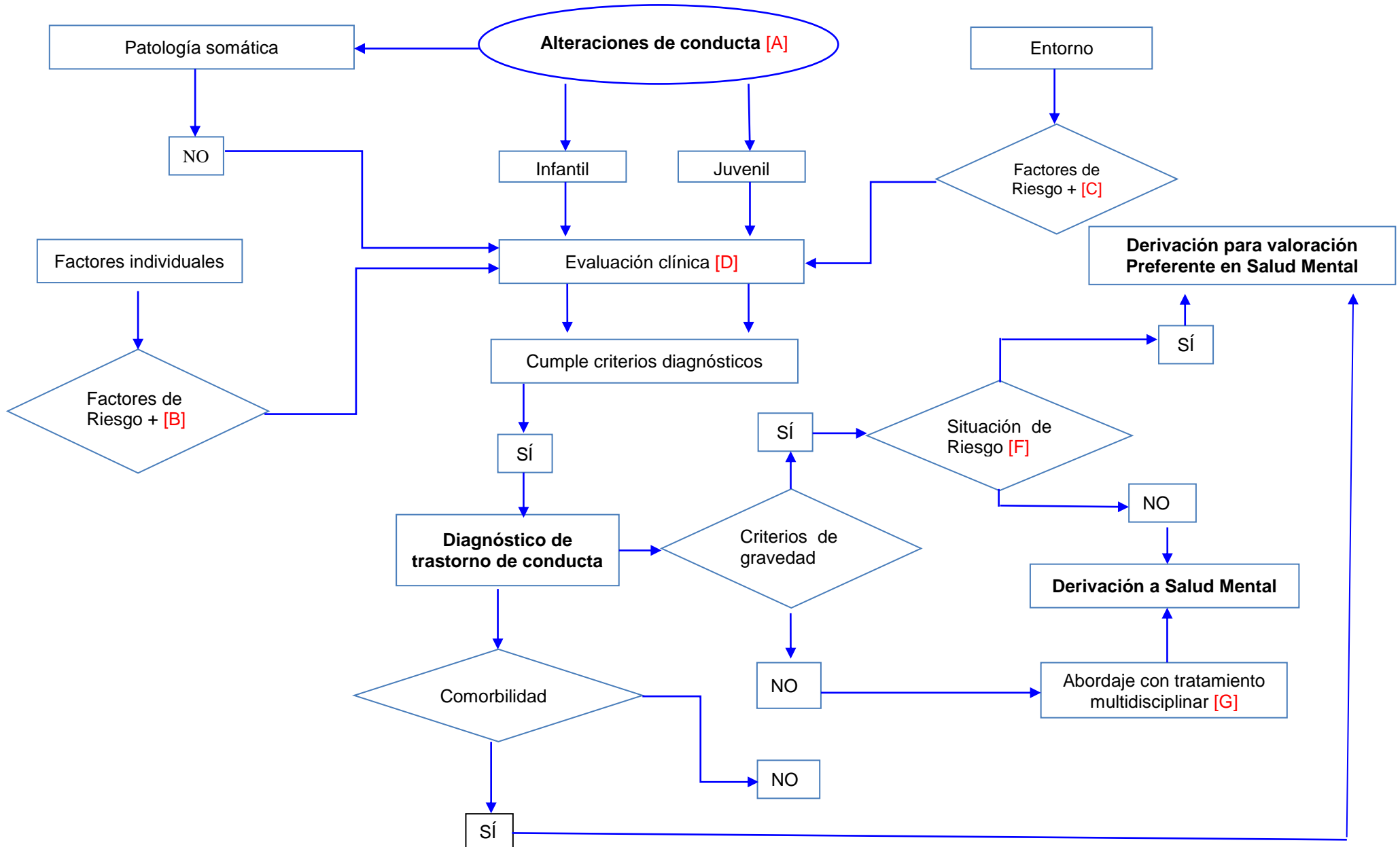
**Antonio Pelaz Antolín.**

Facultativo especialista adjunto (FEA) de Psiquiatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Cristina Pérez Sobrino.**

MIR - Psiquiatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Cómo citar este artículo: Pelaz Antolín A, Pérez Sobrino C. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Trastornos de conducta. AEPap. 201X (en línea). Disponible en [algoritmos.aepap.org](http://algoritmos.aepap.org)



**A) Las alteraciones de conducta** se definen por la trasgresión persistente de normas aceptadas por un grupo social durante la infancia o adolescencia<sup>1</sup>. Siempre ha sido origen de mucho interés, posiblemente por los diversos factores que intervienen, así como por la repercusión que tienen en el niño y en el ambiente que le rodea. Son muchos los posibles tipos de alteraciones del comportamiento que existen, así como los diferentes grados de gravedad que pueden tener, desde una intensidad leve hasta muy grave<sup>2</sup>.

Incluyen una amplia variedad de comportamientos, desde mentira y desobediencia hasta violación y homicidio. Pueden tener lugar en grupo y en solitario. Teniendo en cuenta el mal pronóstico y la connotación negativa asociada, es importante que estos diagnósticos se basen en estrictos criterios diagnósticos y no se asignen de forma indiscriminada.

Suelen presentar un carácter agresivo, antisocial y retador tanto en el ambiente familiar como en el colegio. Pueden formar parte o acompañar a otra patología o ser una entidad psiquiátrica aislada. Estos trastornos provocan consecuencias que afectan a la vida familiar, social y escolar del niño.

**B) Factores individuales temperamentales de riesgo.** Destacan los estudios de Chess y Thomas en relación al temperamento en niños<sup>3</sup>. Se entiende el temperamento como un estilo de conducta, forma en la que las personas se comportan, independientemente de la motivación o lo bien o mal que lo hagan. Las personas se diferencian en la velocidad de sus movimientos, en cómo afrontan situaciones nuevas, en la intensidad de sus respuestas emocionales y en el esfuerzo que hay que hacer para distraerlas cuando están concentradas en una actividad.

Respecto al temperamento las personas se pueden diferenciar en personas de temperamento fácil (regularidad biológica, tendencia a la aceptación y acercamiento a lo nuevo, fácil adaptación al cambio y ánimo positivo), personas de temperamento difícil (irregularidad biológica, escasa adaptación al cambio y frecuentes expresiones emocionales negativas y de gran intensidad) y personas con temperamento “de calentamiento lento” (tendencia a la retirada o rechazo a lo nuevo, baja adaptación al cambio y frecuentes reacciones emocionales negativas de baja intensidad).

**C) Factores de riesgo del entorno.** Se incluyen factores familiares y factores sociales.

Una comunicación familiar basada en la agresividad y la violencia y los malos tratos en la infancia se recogen en la historia de un gran número de pacientes diagnosticados de personalidad antisocial. Son factores de riesgo la desorganización familiar, la disparidad de criterios y agresiones entre los padres, la privación afectiva, trastornos mentales en los padres, abuso de tóxicos, entre otros<sup>4</sup>. Otra característica de las familias es la falta de control, de supervisión y de vigilancia por parte de los padres. Para el modelo sociológico, las conductas violentas son la expresión de valores transmitidos en subculturas en las que la delincuencia es algo habitual.

**D) La evaluación clínica** se realiza mediante la entrevista clínica, siendo posible apoyarse en escalas o test de valoración de rasgos de vulnerabilidad y se ha de basar en criterios diagnósticos de los manuales de referencia: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) [trastorno negativista desafiante (Tabla 1); trastorno explosivo intermitente (Tabla 2); trastorno de conducta (Tabla 3)] y Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) [trastorno disocial desafiante y oposicionista (Tabla 4)]<sup>5,6</sup>.

Durante la entrevista se recogen la edad del menor, rasgos de personalidad (la falta de consideración por el otro es un rasgo esencial), forma de aparición, relación o no con algún factor estresante ambiental, reacción del entorno significativo (social y familiar), lugar de aparición (en el entorno académico, familiar o en ambos) y las consecuencias o la repercusión que tiene para el menor<sup>7,8</sup>.

El límite entre lo normal y lo patológico lo determinan la intensidad, la frecuencia, el tipo de conducta, el ámbito sociocultural en el que aparecen, la repercusión en los demás, la reacción del niño ante su propia conducta, el tiempo de evolución, etc.

#### Contenidos de la entrevista clínica<sup>7</sup>

1. Motivo de consulta: tipo y frecuencia de aparición de las conductas problemáticas, edad de inicio, lugares donde se producen, reacción de la familia, profesores, compañeros; consultas y tratamientos anteriores.
2. Genograma familiar: identificar a las personas que, sin ser del núcleo familiar, participan en cuidados y educación del niño.
3. Antecedentes personales: prenatales, perinatales, alimentación, sueño, desarrollo psicomotriz, lenguaje, control de esfínteres, hábitos, enfermedades, accidentes, abuso físico y sexual (como víctima o perpetrador).
4. Historia escolar: edad de inicio, adaptación, motivo de los cambios de escuela, rendimiento académico, necesidades especiales, relación con profesores y compañeros, problemas de disciplina (edad y frecuencia).
5. Historia familiar: psicopatología de los padres (depresión, uso de sustancias, conducta antisocial), problemas conyugales, violencia doméstica, implicación en la educación de los hijos, estilo educativo, coherencia en la disciplina.
6. Informes de otros profesionales: profesores, psiquiatras, psicólogos, educadores, trabajadores sociales.

**E) Criterios de gravedad.** Entendemos como graves aquellas situaciones en las que la intensidad o frecuencia de las conductas son elevadas, existe un empeoramiento reciente, hay algún cambio brusco en el comportamiento, las personas a cargo no ejercen contención eficaz, no existe un ambiente protegido o de seguridad, aparece

de forma comórbida a otras patologías psiquiátricas (el trastorno por déficit de atención e hiperactividad - TDAH, se acompaña de alteraciones del comportamiento hasta en un 60% de las ocasiones), presenta alteración del estado de ánimo, la conducta se mantiene tanto en el ambiente escolar como en el familiar, hay un retraimiento en el círculo social y en la relación con los iguales o alguna figura del entorno detecta la situación y emite una alarma ante lo sucedido.

Entre los factores que predicen la continuidad del trastorno de conducta en la edad adulta se encuentran<sup>8,9</sup>:

- Existencia de alteraciones de conducta graves antes de los 11 años.
- Elevada frecuencia, intensidad y diversidad de los síntomas.
- Problemas de conducta con componente agresivo.
- Comorbilidad con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
- Bajo nivel intelectual.
- Antecedentes familiares de trastornos antisociales crónicos o delincuencia.
- Disfuncionalidad a nivel familiar.
- Dificultades socio-económicas.

**F) Situación de riesgo.** Es necesario valorar si estamos ante una situación que implica riesgo elevado para el menor o el entorno, que pueda estar producido por la repercusión de las alteraciones de conducta. Son situaciones de riesgo cuando existe un elevado nivel de agresividad, situación de autolesiones o lesiones a otros, comienzo de conductas disruptivas, como consumo de sustancias, juego patológico o conductas delictivas. Otras situaciones de riesgo tienen lugar cuando la conducta aparece bruscamente y reactiva a un factor estresante que previsiblemente se va a mantener en el tiempo o cuando hay violencia física u otra situación de riesgo con dificultades de manejo y que precise atención urgente. En todos estos casos es necesario optar por una derivación preferente para valoración por Psiquiatría Infantojuvenil ambulatoria o derivar para valoración en un Servicio de Urgencias<sup>9</sup>.

**G) Abordaje con tratamiento multidisciplinar** con el objetivo de combinar e integrar intervenciones tanto al niño como a la familia. Entre ellos tenemos<sup>7,10</sup>:

- Programa de entrenamiento a padres: para incrementar coherencia y consistencia en el proceso de sociabilización de los hijos.

- Terapia multisistémica: con eficacia demostrada para escolares y adolescentes con graves trastornos de conducta. Integra recursos psicoterapéuticos (terapia familiar, individual o de pareja) con otros comunitarios (atención desde la escuela, apoyo a cooperación padres-escuela, acompañamientos en la integración en grupos de actividades extraescolares, intervención con los compañeros de esas actividades).
- Entrenamiento en la resolución de problemas.
- Intervenciones psicopedagógicas. El retraso en el aprendizaje, ya sea la causa una falta de capacidad intelectual, dificultades específicas o interferencias debidas a alteraciones de conducta, debe atenderse de manera individualizada. El objetivo es evitar que el retraso académico incremente las dificultades de integración grupal.
- Recursos comunitarios psicoeducativos: en caso de que el trastorno y la falta de implicación de la familia dificulten la asistencia del niño a la escuela y/o el cumplimiento de un programa específico. Suelen ser programas promovidos por Servicios Sociales de ayuntamientos y entidades juveniles.
- Tratamiento farmacológico: con el objetivo de reducir la agresividad y la impulsividad. No existe un tratamiento específico. Según la gravedad o el tipo de síntomas, frecuentemente son utilizados los neurolépticos para las alteraciones conductuales. En el caso de que exista hiperactividad y déficit de atención se usan estimulantes y, según el tipo de síntomas, se pueden indicar antidepresivos o estabilizadores del ánimo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mardomingo MJ. Psiquiatría del niño y adolescente. Método, fundamentos y síndromes. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
2. Gutiérrez Casares JR, Rey Sánchez F. Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente. Madrid: Smithkline Beecham; 2000.
3. Chess S, Thomas A. Temperament. Theory and practice. London: Brunner and Mazel Inc.; 1996.
4. Rutter M, Birch HG, Thomas A, Chess S. Temperamental characteristics in infancy and the late development of behavioral disorders. Br J Psychiatry. 1964;110:651-61.
5. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión (CIE 10). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
6. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed.. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
7. Alda JÁ, Arango C, Castro J, Petitbò, MD, Soutullo C, San L (coord.). Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: ¿qué está sucediendo? Espluges de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu; 2009.
8. Arroba Basanta ML. Introducción. En: AMPap, ed. II Curso Primavera 2007. Madrid: Exlibris Ediciones; 2007. p. 7-8. 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. . 129-32.
9. Soler Insa PA, Gascón Barrachina J. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. 3 ed. Santiago de Chile: Ars Médica; 2005.

## TABLAS

**TABLA 1. DSM-5. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE (F91.3).**

<p>A. Un 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</p> <p><b>Enfado/Irritabilidad.</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. A menudo pierde la calma.</li><li>2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.</li><li>3. A menudo está enfadado y resentido.</li></ol> <p><b>Discusiones / actitud desafiante.</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.</li><li>5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.</li><li>6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.</li><li>7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.</li></ol> <p><b>Vengativo.</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.</li></ol>
<p>B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo), o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.</p>
<p>C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.</p>

Especificar la gravedad actual:

- Leve: Los síntomas se limitan a un entorno.
- Moderado: Algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.
- Grave: Algunos síntomas aparecen en tres o más entornos.



**TABLA 2.** DSM-5. TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE. (F63.81).

<p>A. Arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de la agresividad, manifestada por una de las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Agresión verbal (p. ej., berrinches, diatribas, disputas verbales o peleas) o agresión física contra la propiedad, los animales u otros individuos, en promedio dos veces por semana, durante un periodo de tres meses. La agresión física no provoca daños ni destrucción de la propiedad, ni provoca lesiones físicas a los animales ni a otros individuos.</li><li>2. Tres arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos, sucedidas en los últimos doce meses.</li></ol>
<p>B. La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es bastante desproporcionada con respecto a la provocación o cualquier facto estresante psicosocial desencadenante.</p>
<p>C. Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos o provocados por la ira) ni persiguen ningún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación).</p>
<p>D. Los arrebatos agresivos recurrentes provocan un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales, o tienen consecuencias económicas o legales.</p>
<p>E. El individuo tiene una edad cronológica de seis años por lo menos (o un grado de desarrollo equivalente).</p>
<p>F. Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de la personalidad límite), ni se pueden atribuir a otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer), ni a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej., drogadicción, medicación). En los niños de edades comprendidas entre 6 y 18 años, con un comportamiento agresivo que forme parte de un trastorno de adaptación no se les debe asignar este diagnóstico.</p>

**TABLA 3. DSM-5. TRASTORNO DE CONDUCTA.**

<p><b>A.</b> Patrón repetitivo y persistente del comportamiento, en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o las reglas sociales de la edad. Lo que se manifiesta por la presencia en los últimos 12 de meses de por lo menos 3 de los 15 criterios siguientes en cualquier categoría, existiendo por lo menos 1 en los últimos 6 meses.</p> <p><b>Agresión a personas o animales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A menudo acosa, o amenaza a otros.</li> <li>- A menudo inicia peleas.</li> <li>- Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (ladrillo, botella rota).</li> <li>- Ha ejercido la crueldad física contra personas.</li> <li>- Ha ejercido la crueldad física contra animales.</li> <li>- Ha robado enfrentándose a una víctima (atracó a mano armada).</li> <li>- Ha violado sexualmente a alguien.</li> </ul> <p><b>Destrucción de la propiedad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.</li> <li>- Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (no por medio de fuego).</li> </ul> <p><b>Engaño o robo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ha invadido la casa o automóvil de alguien.</li> <li>- A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p.ej.: engaña a otros).</li> <li>- Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima.</li> </ul> <p><b>Incumplimiento grave de normas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.</li> <li>- Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez, si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.</li> <li>- A menudo falta a la escuela, empezando antes de los 13 años.</li> </ul>
<p><b>B.</b> El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas del funcionamiento social, académico o laboral.</p>
<p><b>C.</b> Si la edad del individuo es 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.</p>

Especificar si:

- Tipo de inicio infantil: los individuos muestran por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.
- Tipo de inicio adolescente: los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.
- Tipo de inicio no especificado: se cumplen los criterios del trastorno de conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad.

Especificar si:

- Con emociones prosociales limitadas: el individuo ha de haber presentado por lo menos dos de las siguientes características de forma persistente durante doce meses por lo menos, en diversas relaciones y situaciones. Estas características reflejan el patrón típico de relaciones interpersonales y emocionales del individuo durante ese periodo, no solamente episodios ocasionales en algunas situaciones. Por lo tanto, para evaluar los criterios de un especificador concreto se necesitan varias fuentes de información. Además de la comunicación del propio individuo, es necesario considerar lo que dicen otros que lo hayan conocido durante periodos prolongados de tiempo.
- Falta de remordimiento o culpabilidad: no se siente mal ni culpable cuando hace algo malo (no cuentan los remordimientos que expresa solamente cuando le sorprenden o ante un castigo). El individuo muestra una falta general de preocupación sobre las consecuencias negativas de sus acciones.
- Insensible, carente de empatía: No tiene en cuenta ni le preocupan los sentimientos de los demás. Este individuo se describe como frío e indiferente. La persona parece más preocupada sobre los efectos de sus actos sobre sí mismo que sobre los demás, incluso cuando provoca daños apreciables a terceros.
- Despreocupado por su rendimiento: no muestra preocupación respecto a un rendimiento deficitario o problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes.
- Afecto superficial o deficiente: no expresa sentimientos ni muestra emociones con los demás, salvo una forma que parece poco sentida, poco sincera o superficial o cuando recurre a expresiones emocionales para obtener beneficios.

Especificar si:

- Leve: existen pocos o ningún problema de conducta aparte de los necesarios para establecer el diagnóstico, y los problemas de conducta provocan un daño relativamente menor en los demás.
- Moderado: el número de problemas de conducta y el efecto sobre los demás son de gravedad intermedia.
- Grave: existen muchos problemas de conducta además de los necesarios para establecer el diagnóstico, o dichos problemas provocan un daño considerable a los demás.

**TABLA 4. CIE-10. TRASTORNO DISOCIAL DESAFIANTE Y OPOSICIONISTA (F91.3)**

- Característico en niños con edades por debajo de los 9 o 10 años.
- El rasgo esencial de este trastorno es una forma de comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocadora y subversiva, que está claramente fuera de los límites normales del comportamiento de los niños de la misma edad.
- Los niños con este trastorno 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.
- Se comportan con niveles excesivos de grosería, falta de colaboración, resistencia a la autoridad. Este tipo de comportamiento suele ser más evidente en el contacto con los adultos o compañeros que el niño conoce bien y los síntomas del trastorno pueden no ponerse de manifiesto durante la entrevista clínica.
- La diferencia clave con otros tipos de trastornos disociales es la ausencia de violación de las leyes o de los derechos fundamentales de los demás, tales como el robo, la crueldad, la intimidación, el ataque o la destrucción.
- La presencia definitiva de cualquiera de estas formas de comportamiento excluye el diagnóstico. Sin embargo, el comportamiento disocial opositor-desafiante, se encuentra con frecuencia en otros trastornos disociales. Excluye: trastornos disociales con comportamiento abiertamente disocial o agresivo (F91.0-F91.2).