

MESA DEBATE: "Trastornos de la conducta del niño"

Trastornos de la conducta general

Dr. F. Belmonte Avilés

Psiquiatra Infanto-Juvenil. Sección Psiquiatría y Psicología I-J. Centro Salud Mental, Cartagena

RESUMEN

Las alteraciones de la conducta en la infancia han pasado a ser no solo el motivo de consulta más frecuente en Psiquiatría Infanto-Juvenil, sino un motivo de alarma para la sociedad en general.

Vamos a realizar un somero repaso sobre sus causas, formas de presentación y tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El campo de las alteraciones del comportamiento del niño (TC) es tan amplio que incluye en él prácticamente toda la psicopatología infantil, ya que ésta se manifiesta habitualmente mediante actitudes, reacciones y comportamientos anómalos.

La normalidad o anormalidad de la conducta de un niño se valora por criterios aplicables según el momento.

Clásicamente, valoramos como normal la conducta infantil mediante un criterio cuantitativo, el de mayor frecuencia en una determinada etapa infantil y/o cualitativo, la capacidad de ajuste del individuo al medio, que le capacita para mantener unas relaciones interpersonales y académicas apropiadas.

El comportamiento anómalo se diferenciaría del normal por el grado o intensidad y persistencia con el que se observarían determinadas conductas. O bien por la discrepancia conductual cualitativa, disruptiva o desarraigante, con el resto del grupo.

Resumiendo, consideraremos síntomas de alteración o trastornos del comportamiento a aquéllos que afectan de forma negativa a la relación del niño con su entorno, provocando en éste reacciones que implican a la familia en primer lugar, a menudo al grupo social, y, en ocasiones, a la justicia.

La sociedad occidental está experimentando un aumento de la presencia de comportamientos alterados en sus niños y adolescentes, siendo especialmente estremecedor el contenido de agresividad y violencia que lleva aparejado.

Constituyen el primer motivo de consulta en Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, explicándose en parte por la medicalización, en este caso psicologización de la sociedad, pero fundamentalmente es debido a la pérdida muy generalizada de la capacidad de manejo del niño por parte de los padres, a los que causa una gran ansiedad las variaciones o alteraciones conductuales del niño, aunque sean mínimas, reaccionando con una multiplicidad de consultas, aunque también se encuentran casos de bloqueo e inacción consciente o no, siendo otros adultos en contacto con el niño, desde profesores a pediatras, quienes, por el relato que éstos hacen de la conducta del niño y/o su vivencia directa, aconsejan la consulta, aunque también, en ocasiones innecesaria.

Cuál es la causa de esta situación y qué factores del estilo de vida actual la están fomentando es una cuestión que debe preocupar no sólo a la Psiquiatría, sino que implica a la sociedad en su conjunto y pedagogos, antropólogos, sociólogos y políticos tendrán que investigarla desde sus diferentes perspectivas.

CONCEPTO

Patrón de comportamiento, persistente a lo largo del tiempo, que afecta a los derechos de los otros y violenta las normas apropiadas de la edad. Kazdin 1995.

Implica una manifestación temprana con presencia de conductas inadecuadas para la edad, dificultando

tades del funcionamiento diario del niño en el ámbito familiar y escolar. Llegando a ser vistos como "inmanejables" por las personas de su entorno.

La investigación psicoevolutiva nos muestra que la conducta infantil no tiene siempre la misma implicación nosológica, pudiéndose elaborar un *continuum* comportamental, en el que las deficiencias en la maduración evolutiva o la inserción de regresiones llevarían desde las variaciones en el comportamiento del niño normal, a través de las "tormentas del desarrollo" o de la novedad de los "niños tiranos", hasta los TC evolutivos y las alteraciones de la personalidad.

TC infanto- adolescente / T Personalidad / Delincuencia

No podemos ni debemos hablar de una progresión irremediable del TC infantil a las conductas delictivas, pero sí que, si ya en un primer estadio unimos a la vulnerabilidad individual un medio familiar desfavorable, desestructurado, con pautas educativas inadecuadas o inexistentes y/o económicamente deprimido, junto a un medio socio-cultural con ausencia de un sistema de valores y creencias adecuado o con tal, que justifica la violencia como medio para la consecución de objetivos, estaremos frente al "caldo de cultivo" para que ésta se produzca.

HISTORIA

A principios del siglo XIX, encontramos las primeras descripciones de trastornos del comportamiento infantil, en los que ya señalan la dificultad para discernir su causalidad, al relatar conductas realizadas por desprecio del medio social y sus componentes debidas a una "naturaleza malvada", sobre todo para los casos más graves, pero constatando al mismo tiempo las conductas derivadas de las situaciones de pobreza y abandono de la infancia.

En el siglo XX se ha mantenido esta dualidad.

En los años 80 encontramos las primeras diferenciaciones entre niños con comportamiento alterado y disociales (Loeber), comenzando a utilizarse de manera generalizada entre los especialistas los diagnósticos DSM y CIE, y llegando en los años 90 la descripción de los "Niños Infracontrolados" (Caspi), caracterizados por su impulsividad, inquietud motora y distractibilidad como estilo comportamental, al contrario de los "Niños Inhibidos".

Por último, los llamados trastornos externalizantes: aquéllos que se muestran fundamentalmente a través de alteraciones del comportamiento; a dife-

rencia de los internalizantes, expresados a través del ánimo y las emociones.

EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia

1. Estudios comunitarios, población general: 1,5% a 8,7%.
2. Atención primaria pediátrica: 17%.
3. Unidad específica salud mental infanto-juvenil: 50-75%.

Sexo: Masculino

- 2/1 respecto al femenino en TC globales.
 - 4/1 respecto a femenino en TC graves y delictivos.
- Aunque el TC es uno de los diagnósticos más frecuentes en adolescentes de sexo femenino.

Edad

De aparición cada vez más temprana (consulta específica desde los tres años).

En trastornos graves, clara incidencia y prevalencia del púber tardío y adolescente. 2/1 del total de TC.

En cuanto a TC de leve y mediana intensidad, en un trabajo realizado recientemente por nosotros observamos un claro acmé entre los 5-7 años, al inicio de la etapa escolar, y otro alrededor de los 12 años que en nuestra experiencia profesional hoy marca el inicio de la adolescencia.

Ámbito Rural/Urbano

Hace unos años, se encontraban claramente en mayoría los niños de ciudad; hoy día se encuentran discrepancias entre diversos autores. En nuestra experiencia cada vez más transversales.

Delitos

Se aprecia una tendencia al alza en los delitos cometidos por menores. Habiéndose duplicado en la década 92-02.

Así mismo, aunque la comisión de hurtos sigue siendo el delito más frecuente, existe un incremento de delitos violentos cometidos contra las personas. (Instituto de Estudios de Seguridad Policial).

En el año 1999, el 12,3% de los delitos totales fueron cometidos por menores (Observatorio de Seguridad Pública).

En Andalucía se observa un perfil similar en el tipo de delitos, aunque algo más alto que en el resto del país.

ETIOPATOGENIA

La génesis del TC está formada por una serie de factores cuya recombinación fatal marcará su desencadenamiento, con un inicio más o menos precoz, su persistencia evolutiva y sus posibilidades de resolución o la derivación a un trastorno de la personalidad.

1. Factores Individuales

1.1 *Susceptibilidad biológica*: genéticos, cerebrales, constitucionales (temperamento, intelecto y personalidad).

1.2 *Factores de desarrollo*: maduración psico-física, salud evolutiva, etapa del desarrollo vital y expectativas personales.

2. Factores Familiares

2.1 Armonía/distocia pareja parental.

2.2 Familias funcionantes/disfuncionantes/rotas.

2.3 Factores de crianza:

a) Relación padres-hijos.

b) Familia sobreindulgente/Educadora: coherente, consistente, continua.

3. Factores Sociales

3.1 Variables sociales: amistades, barrio, clase social, centro escolar.

3.2 Variables económicas.

3.3 Variables demográficas: a) raza; b) medio urbano/periferia/rural.

4. Situación

Concierto de personas, lugar y circunstancia.

CLÍNICA

Como ya hemos apuntado, la evolución psicológica del niño nos muestra la similitud entre conductas consideradas normales a determinadas edades y las que entendemos como trastornos del comportamiento infantil.

La persistencia de determinadas conductas más allá de la edad apropiada nos debe hacer sospechar de la existencia de TC; en otras ocasiones, la regresión a conductas ya superadas o la inserción de conductas francamente anómalas nos marcarán más claramente el inicio de un TC.

Actualmente valoramos también como TC la gran incidencia y/o intensidad de determinadas conductas, aunque estén dentro de la edad esperable de aparición.

Entidades Nosológicas:

Encontramos cuatro grandes grupos clínicos:

I. Conductas alteradas

II. Conductas delictivas

III. Conductas de consumo de sustancias

IV. Conductas suicidas

I. CONDUCTAS ALTERADAS

Sintomatología:

1. LOS COMPORTAMIENTOS AGRESIVOS

Son necesarios en la evolución del niño, el cual los utiliza para afirmarse frente al mundo.

Su persistencia nos indica inseguridad emocional y dificultades de temperamento para ser capaz de integrar y manejar emociones negativas.

Dando lugar a la aparición de actitudes de violencia, ira u oposición.

La agresividad verbal y física de inusitada intensidad, aparición precoz y difícil control evolutivo se han convertido en los protagonistas indeseables de los TC actuales.

1.1 Violencia

Se trata de comportamientos heteroagresivos físicos: morder, golpear..., normales en el niño de 1-4 años. Su persistencia nos hará sospechar inmadurez mental, cognitiva, sensorial o emocional. También se observa en carencias afectivas y en medio familiar muy estresante o violento.

En la práctica clínica actual estamos viendo niños con actitudes violentas, que no cumplen las características clásicas y que atribuimos a: excesiva permisividad de inicio y/o falta de contención evolutiva ante estas conductas en el medio socio-familiar; banalización de las señales de riesgo temperamentales y comportamentales; y, por último, a la vivencia en un mundo estresante o violento.

Se observa en diferentes ámbitos: frente a personas, sobre todo padres y otras figuras de autoridad, entre los propios niños, y frente al medio, animales y objetos.

1.2 Cóleras

Banal entre los 2-4 años, como expresión de la necesidad de independencia y afirmación del sí mismo.

Su persistencia indica niños inmaduros cognitivos, emocionales con algún *handicap* motor o del aprendizaje. También en épocas de transición como expresión de complejos de inferioridad.

Se expresa en diferente gradación:

- Rabia: propias de niños pequeños ante la frustración.

- Crisis de rabia: aparecen en niños impulsivos y lábiles emocionales, con características de inmediatez, poca elaboración y recuerdo somero posterior.

Incluyen las crisis emocionales de niños epilépticos y las crisis clásticas de niños psicóticos.

- Crisis de cólera: expresión emocional más voluntaria y controlada, con gran agresividad verbal, injurias, críticas con ánimo de herir.

1.3 La Oposición

Con sentido de afirmación del sí mismo frente a los límites que otros intentan poner.

- Oposición activa: aparición del "no", 2-3 años. Su persistencia es o bien reaccional a pautas educativas inadecuadas, cediendo con modificación del entorno, o indican el inicio infantil del trastorno evolutivo.

- Oposición pasiva: En ella el niñ@ se limita a no hacer lo que se le pide. Hay que valorar las estrategias educacionales y cuadros de inhibición y/o humor depresivo.

2. LA MENTIRA

No se establece como tal antes de los 6-7 años; hasta esa edad existe un mundo entremezclado magia-realidad, sin noción clara de la verdad.

2.1 Mentira Utilitaria

Normal hasta dicha edad.

Su persistencia puede ser reaccional a las circunstancias y ambiente educativo (falsificación notas...) o bien expresión de un Yo inmaduro, que no tolera la espera o frustración.

Se suele asociar a otros TC y estar condicionada por éstos, ya que se utiliza para justificarlos.

2.2 Mentira Neurótica

Se utiliza para compensar sentimientos de inferioridad o insuficiencias de las que el niñ@ es consciente. Se presenta en diferentes formas: mitomanía, invento de un doble, acompañante de déficit mental, delirio del sueño.

Dentro de este contexto debemos encuadrar la problemática de la veracidad del testimonio del niñ@.

3. EL ROBO

No debemos hablar de robo antes de los 6-7 años.

Para el niñ@ todo lo que necesita o cree necesitar le pertenece en el momento en que lo desea.

Ha representado de manera estable en el último siglo la inmensa mayoría de los actos delictivos infanto-juveniles, siendo acompañado o desplazado actualmente por los actos de violencia polimorfos, gratuitos en muchas ocasiones.

Sus características nos informan sobre el significado psicopatológico: pudiendo ser por necesidad, compulsional, o como secuela de una carencia afectiva precoz que no necesariamente conducirán a una psicopatía.

A menudo es reflejo de caracteropatía y se asocia frecuentemente a otros TC.

Se debe valorar:

a) Carácter de la persona robada: madre, personas conocidas, desconocidas.

b) El objeto del robo: alimenticio, dinero, vehículos.

c) Vivencia del niño ladrón: cleptomanía, hurto...

d) Destino del objeto robado: provecho, generoso, perturbación afectiva de la niñez.

4. LAS FUGAS

Entendidas como el hecho de irse sin autorización y sin notificarlo del lugar donde ha de estar, a menudo sin meta precisa y durante horas o días enteros.

No se puede hablar de tal por debajo de los 6-7 años.

Existen diferentes matices: a) fuga como huida; b) como ida o regreso a "lugar seguro o soñado"; c) por inseguridad afectiva; d) disociación del hogar familiar; e) fugas escolares: absentismos y fobias; f) fugas como expresión T mental.

5. COMPORTAMIENTOS SEXUALES

5.1. Normales: masturbación y curiosidad sexual.

5.2. Psicopatológicos

1. Masturbación compulsiva: frecuencia, intensidad, contexto inadecuado. 2. Tendencias exhibicionistas 3. Juegos sexuales inapropiados. 4. Relaciones sexuales precoces. 5. Comportamientos fetichistas. 6. Prostitución.

6. COMPORTAMIENTOS PERVERSOS

6.1 Perversiones

Comportamientos sexuales anómalos, que implican la "cosificación" del otro, como mero objeto para la satisfacción sexual en un contexto de hostilidad o violencia.

6.2. Perversidad: El Psicópata

Intencionalidad de hacer daño a otro, de lo que se deriva una sensación placentera, con ausencia de culpa y una cierta satisfacción por haber transgredido la norma.

Se trataría de niñ@s/adolescentes con emociones (empatía y afectos) anómalas que ostentan comportamientos tipo sadomasoquista (placer en hacer lo que disgusta al otro, con cierta satisfacción ante los castigos impuestos). Agresores y transgresores de las normas sociales, son muy perturbadores para los demás, a los que pueden calumniar, asaltar, violentar, no librándose animales o el medio (piromanía, vandalismo).

7. ALTERACIONES INESPECÍFICAS

Se trata de aquellas alteraciones emocionales de la percepción y la psicomotricidad que están presentes en múltiples TC evolutivos.

II. CONDUCTAS DELICTIVAS

De manera somera diremos que en ellas solemos encontrar:

1. Temperamento desde temprana edad especialmente irritable, negativo, impulsivo, "acting" precoz.
2. Conductas antisociales precoces.
3. Mucho más frecuentes que en los niños de su misma edad.
4. Evolución mórbida precoz y mantenida en el tiempo.
5. Entorno familiar permisivo frente a la agresividad y/o practicante de ésta.

III. CONDUCTAS CONSUMO SUBSTANCIAS

No podemos dejar de reseñar el frecuente hallazgo clínico actual de la asociación del TC con el uso de sustancias, pudiéndose hablar de adolescentes y jóvenes, que ya ostentan auténticas patologías duales.

Aunque suelen ser más frecuentes en varoncitos, cada vez las encontramos más en chicas.

- Tabaquismo
 - Esporádico 7 años
 - Habitual 12-13 años
- Cannabis
 - Esporádico 12-13 años
 - Habitual 15 años
- Alcohol/Pastillas
 - "Fin de semana" 13-14 años
 - Habitual: 17 años
- Cocaína y otras
 - "Fin de semana" 16-17 años
 - Habitual 18 años

IV. CONDUCTAS SUICIDAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Dentro de los trastornos de la conducta encontramos:

1. Las "tormentas del desarrollo"
2. El "niñ@ tirano" o mal educado
3. Trastornos del comportamiento evolutivos
4. Trastornos de la personalidad

1. LAS TORMENTAS DEL DESARROLLO:

Presencia de conductas indeseables apropiadas a la edad de desarrollo del niñ@ o adolescente. No deben persistir en el tiempo.

Incluyen ciertas exacerbaciones, bien de alargamiento temporal, bien de intensidad más acusada, debidas al temperamento del niñ@ o a la dishabili-

dad educativa parental, que darían lugar a los niñ@s "difíciles" o mimados/malcriados.

2. EL "NIÑ@ TIRANO"/MAL EDUCADO

Se trata de niñ@s con temperamento límite, intolerantes a la frustración, incapaces de afrontar situaciones que les produzcan el mínimo estrés, emocionalmente inestables (caprichosos, coléricos, con quejas de abandono, desamor) que llegan a tener "acobardados" a los padres mediante rabietas y amenazas de fuga o autolesión si no ceden a sus deseos.

Se trata de un niñ@ con una conducta disruptiva más grave que el simple niñ@ mimado, que no llega a padecer un TC invasor, mientras sus conductas tiranas quedan, como sucede habitualmente, reducidas al ámbito familiar, aunque últimamente estamos viendo en clínica el intento por parte de este tipo de niñ@s de repetir en el centro escolar los mismos esquemas de funcionamiento.

3. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EVOLUTIVO

Características:

1. Temprana manifestación
2. Comportamiento inapropiado para la edad
3. Emociones significativamente alteradas
3. Resultan molestos y perturbadores para los demás
4. Tienden a persistir en el tiempo
5. Evolución espontánea mórbida
6. Resistencia terapéutica

CLASIFICACIÓN CATEGORIAL

Los dos manuales utilizados actualmente los dividen en:

DSM IV

Manual de la Sociedad Americana de Psiquiatría:

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
2. Trastorno disocial
3. Trastorno negativista desafiante
4. Trastorno del comportamiento perturbador no especificado

Problemas de Relación

Problemas de relación paterno-filiales

CIE 10

Clasificación Internacional de Enfermedades de la Asociación Europea de Psiquiatras:

Trastornos del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o adolescencia

1. Trastornos hipercinéticos
2. Trastornos disociales
3. Trastornos disociales y de las emociones mixtos

Trastornos de la personalidad

Existencia de rasgos/señales de vulnerabilidad para el padecimiento futuro de dichos trastornos

4. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Existencia en la infancia-adolescencia de rasgos/señales de vulnerabilidad para el padecimiento futuro de dichos trastornos.

DIAGNÓSTICO

I. Ajuste Diagnóstico:

1. Necesidad de una justa valoración de la presencia o no de TC, lo cual a veces es difícil de dilucidar ante la angustia y urgencia de los narradores y demandantes de la atención clínica que son como norma los padres, y con frecuencia creciente los profesores, evaluando ante qué tipo de funcionamiento nosológico estamos, y si se trata realmente de un TC o bien de otros patrones de comportamiento menos graves.

2. Decisoria sobre el tipo específico de intervención terapéutica: según el diagnóstico categorial y según el receptor (padres y/o familia niño@), es necesaria una gran habilidad por parte del profesional para una buena aceptación por parte de los padres de su figura como "pacientes", aceptando algo mejor la función de "coterapeutas".

3. El curso y pronóstico variarán, de forma en ocasiones dramática, dependiendo de que se haya realizado o no el enfoque apropiado, dadas las medidas preventivas y/o terapéuticas que van a conllevar.

II. Evaluación Diagnóstica:

Mediante:

1. Entrevistas clínicas:
 - Estructurada o semiestructurada
 - A los padres/al niño@ o adolescente/ambos.
 - Incluyendo:
 - a) Anamnesis/historia clínica
 - b) Estructura y funcionamiento parento/familiar
 - c) Factores sociales
 - d) Síntomas clínicos actuales y evolutivos
 - e) Rasgos de personalidad, estilo cognitivo y funcionamiento global.

2. Entrevistas con otros adultos convivientes con el niño@ (familiares, profesores).

3. Escalas y cuestionarios de evaluación cognitiva, personalidad, emocional, comportamental, socio-relacional.

4. Observación clínica: estilos de interacción en consulta.

5. Pruebas biológicas: tiroideas, neurológicas...

III. Formulación Diagnóstica:

Se realiza siguiendo los criterios definitorios de la tabla de clasificación de uso habitual, para una delimitación clara de los subtipos categoriales y el diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Establecer el D.D. de los TC no es hablar de "otra patología", sino de cuadros clínicos en los que estando presente el TC, encontramos diferencias etiológicas y sintomáticas diferentes a las habituales del TC.

A menudo es muy difícil establecer la frontera entre unos y otros, debiéndose hablar de una comorbilidad, en ocasiones sincrónica, cuando la base de ambos trastornos es común, produciéndose un solapamiento entre uno y otro. Son los casos en que un solo trastorno de base no explicaría la alteración conductual encontrada, actuando ambos como predisponente y/o agravadores.

En otros casos se trata de comorbilidad diacrónica cuando aparecen otros trastornos como consecuencia de la evolución del TC.

El D.D. hemos de realizarlo con:

1. R. Mental
2. T. Psiquiátricos
3. T. Neurológicos
4. T. Aprendizaje.

CURSO Y PRONÓSTICO

En los últimos años se aprecia en el curso clínico de los TC un acendramiento de determinados rasgos: el debut es cada vez más precoz; tienden a persistir en el tiempo, observándose evoluciones mórbidas no sólo por la mayor susceptibilidad biológica, sino debidas a la incapacidad del medio socio-familiar para modificarse.

Apreciamos dos tipos de evolución:

1. Espontánea:

• *A la Salud*: en los casos de TC leves, sin psicopatología comórbida, funcionamiento intelectual normal y familia no disfuncionante.

- *Mórbida*: la tendencia de los TC a persistir en el tiempo puede hacer a los niños afectos evolucionar negativamente, empeorando al llegar a la adolescencia. Acabada esta etapa, se observa en un 50% de casos la remisión gradual del TC. En el resto, observaremos la conversión en adult@s emocionalmente inmaduros, con tendencia a los fracasos vitales socio-emocionales, por su baja tolerancia al estrés y frustración, y académico-laborales, por su actitud poco tenaz, fácil abandono o dependencia de los demás para la resolución de problemas.

- *Patológica*: en otros se establece en toda su dimensión el trastorno de personalidad subyacente, que, por otro lado, también puede experimentar una mejoría al final de la juventud.

Cuando se añade consumo de sustancias se complica gravemente el curso y pronóstico del TC al convertirse la intervención terapéutica, y por tanto su resolución, en mucho más difícil.

2. Tras Intervención Terapéutica

Evolución heterogénea según el diagnóstico categorial primario. Mejor cuanto más multimodal haya sido el tratamiento.

Ensombrecen el pronóstico la comorbilidad, la distocia familiar, el ambiente socio-económico deprimido y el déficit de recursos terapéuticos, sobre todo socio-sanitarios.

TRATAMIENTO

Debido al carácter heterogéneo tanto etiológico como clínico de los TC no existe un protocolo terapéutico único y exclusivo de los mismos.

La elección terapéutica debe ser multidisciplinar, multimodal y persistente en el tiempo, interviniéndose en los factores que se puedan identificar como causantes, precipitadores y mantenedores de los síntomas.

Se ha de trabajar con el niño@-adolescente y con la familia. Se debe contar con la colaboración de profesores, psicopedagogos...

Valoraremos la edad del paciente, forma de presentación del cuadro, formación y experiencia del terapeuta, habilidad del niño y/o su familia para aceptar el tratamiento, dispositivos asistenciales disponibles: sanitarios (ambulatorios, hospitalización parcial o completa) y sociales (escuela alternativa, centros comunitarios, familias de acogida, pisos tutelados, instituciones puntuales).

Todo ello nos conformará el tipo de abordaje a realizar:

1. Familiar:
 - a) Consejo familiar
 - b) Terapia familiar.
 - c) Específico padres
2. Centrado en el niño@-adolescente:
 - Individual: psicoterapéutico, farmacológico, tratamientos específicos
 - Grupal
 - Trabajo con educadores y en el medio escolar

CONCLUSIONES

1. Aumento de los TC, no sólo por mayor diagnóstico, sino por incidencia y prevalencia mayor sobre todo de las formas leves y medianas o no categoriales.

2. Manifestación más temprana.

3. Presencia de afectación intelectual y cognitiva, más frecuente que en el resto de niños@s de su misma edad.

4. Tendencia a la persistencia evolutiva, con afectación emocional y comportamental.

5. Riesgo de fracaso en la integración social y académica evolutiva.

6. Riesgo de patología adulta.

7. Pérdida de las habilidades educadoras parentales y de la contención familiar.

8. Mayor permisividad social frente a las expresiones comportamentales emocionales, "es propio de la edad" o "ya madurará" ..., que mantienen y cronifican.

9. Desplazamiento nosológico de las conductas más frecuentes hace unos años, como el hurto, la mentira, a las externalizadas: hiperactividad, impulsividad, ira..., con gran aumento de la agresividad en todos los ámbitos: inter pares, hacia padres, a otras figuras de autoridad.

10. La intervención terapéutica debe ser precoz, preventivo-curativa, multiprofesional, multimodal, global (familia-niño@) y continuada.

11. En España son dificultades para el abordaje terapéutico: recursos sanitarios sobrecargados y práctica ausencia de alternativas socio-sanitarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y el adolescente. Coordinador JR Gutiérrez Casares. F Rey Sáchez. 2000.
2. Psicopatología del niño y del adolescente. J Rodríguez Sacristán. Universidad de Sevilla. 1995.

3. Psiquiatría del niño y del adolescente. Mazet-Houzel. Ed. Médica y Técnica. 1981.
4. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. DSM IV. Director de la Edición Española Juan J López-Ibor Aliño. Ed. Masson. 1995.
5. Clasificación Internacional Enfermedades. Multiaxial Infancia Adolescencia. Traducción Edición Dr. Josep Tomás M-15411-2001.
6. Psiquiatría para padres y educadores. Ciencia y Arte. M^a Jesús Mardomingo. Ed. Narcea. 2002.
7. De la violence à l'hyperactivité. L'hyperactivité comme processus limite. T Fouque. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. Junio 2004.
8. L'enfant et la violence. Un modèle de la violence fondamentale : l'interaction biologique : Fœtus, placenta, mère. MJ Soubieux , M Soule. Noviembre 2002.
9. Ces adolescents qui agressent leur mère; D Hélin, V Chevalies et M Born. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. Enero 2004.
10. Autonomie et conduites addictives. Quelles dépendances dans la famille ?
11. M Delage. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. Enero 2004.
12. El niño tirano. Insa FJ, Salcedo MS, Gutiérrez JR. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil Marzo 2004.
13. Relación de la psicopatología en la infancia y adolescencia con los Trastornos Adictivos. Haro Cortes G, Álvarez de Lasarte I, Berenguer Pérez V. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil Septiembre 2002.
14. Trastornos Disociales: ¿cura o prevención? Dr. José Manuel Rey. 40 Reunión De la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Junio 2004.
15. Psiquiatría Infanto-Juvenil (I) Psicopatología. J.L Pedreira Massa. Monografías de Psiquiatría. N^o1 Enero-Febrero 1999.
16. La Impulsividad y sus Trastornos. M Reinares, E Vieta. IDIBAPS.
17. Psiquiatría Infanto-Juvenil. J Toro. Aula Médica Psiquiatría año VI. N^o 3. 2004.
18. Trastornos Conducta en la Infancia y Adolescencia. F Ortuño Sánchez-Pedreño *et al.*