

R. Caballero
M. D. Mojarro
P. Benjumea
J. Rodríguez-Sacristán

Análisis de la demanda de los trastornos de conducta en psiquiatría infantil

Analysis of demand about conduct disorders in child and adolescent psychiatry

Correspondencia:

R. Caballero
Departamento de Psiquiatría, Psiquiatría Infantil
C/ Dr. Fedriani, s/n
41009 Sevilla

RESUMEN

En el presente trabajo se establece la frecuencia de "Trastornos Disociales", según criterios C.I.E.-10, en una población clínica de Psiquiatría Infantil, enviada por distintos profesionales con el diagnóstico de "Trastorno de Conducta". Igualmente se analiza la comorbilidad de los Trastornos Disociales con otros cuadros nosológicos y sindrómicos.

Entre los resultados destacamos:

- 1.- De 998 niños que acuden en el año 1998 al servicio de Psiquiatría Infantil, 75 son enviados con el diagnóstico de "Trastorno de Conducta". De ellos, según criterios C.I.E.-10 el 21.4% presentan "Trastorno Disocial" y el 10.12% "Trastorno Disocial y de la Emociones Mixto". El resto de los sujetos se engloban principalmente dentro de las categorías "Trastornos afectivos" (21.56%) y "Trastornos de Ansiedad" (13.72%).
- 2.- Existe una alta comorbilidad sintomatológica con los cuadros afectivos.
- 3.- Los síntomas del área disocial que claramente delimitan al cuadro nosográfico son: Exhibicionismo sexual, robos, consumo de alcohol y drogas y dificultades de relación.

PALABRAS CLAVE

Trastorno de conducta; Trastornos Disociales; Comorbilidad.

SUMMARY

In this paper, the prevalence of ICD-10 disocial disorder is reported in a clinical sample of children referred to a child and adolescent psychiatric service due to conduct disorders and other ICD-10 diagnosis is also assessed.

Main results may summarized as follow:

1. seventy five of children (N=998) referred to the child and adolescent psychiatric services were diagnosed as conduct disorder by other professionals.
- According to ICD-10 diagnostic criteria, 21.4% were mainly disocial disorder and 10.12% were mixed disocial conduct and emotional disorder. The remaining of the diagnostic group corresponded to affective disorders (21.56%) and anxiety disorders (13.72%).
2. Results suggested a high symptomatic comorbidity between conduct and affective disorders.
3. It seems that sexual exhibitionism, pilfering, alcohol and other drug user, and difficulties in relationship, were the clinical features that better defined conduct disorder diagnostic.

KEY WORDS

Conduct problems; disocial disorder; comorbidity.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos Disociales constituyen una de las formas más frecuentes de psicopatología en la infancia y adolescencia. Se estima que la prevalencia en población general se encuentra entre el 4 y 6% (Earls, 1994). Las tasas son superiores en poblaciones psiquiátricas, de forma que aproximadamente de 1/3 a 2 de todos los niños y adolescentes referidos a consultas externas de psiquiatría son diagnosticados de tener el trastorno (Husain, 1991).

Las diferencias entre poblaciones e incluso dentro del marco clínico son dispares principalmente porque resulta difícil definir clínicamente estos cuadros. Ya que el límite a partir del cual un comportamiento pasa de ser considerado normal a constituir un síntoma psicopatológico dependerá del juicio clínico que se establezca acerca de la severidad, distanciamiento de las pautas normativas, edad, sexo, clase social, etc. Por otro lado, no se puede olvidar que los síntomas que comportan el trastorno pueden ser expresión de otros cuadros nosológicos, secundarios a otras entidades e incluso premórbidos de procesos de evolución más tardías.

La variabilidad en la determinación de frecuencia o tasas se debe principalmente a:

1.-Dificultades en delimitación psicopatológica:

-*Normalidad-anormalidad psicopatológica:*

-Patoplastia: La edad es importante a la hora de abordar el diagnóstico. La presencia de cierto grado de desobediencia, rabietas, robos, fugas, agresividad, etc. Tan frecuentes en la adolescencia, no tienen que valorarse necesariamente como un trastorno psiquiátrico estable, existiendo en muchos casos discontinuidad psicopatológica.

-Intensidad o severidad.

-Frecuencia de aparición. Depende claramente del tipo de síntomas, ya que no es lo mismo mentir frecuentemente que violar aunque sólo se haga una vez.

-Tº de evolución. Los síntomas del trastorno de ajuste son similares pero éstos se presentan dentro de los tres meses después de un específico cambio o estrés en el ambiente. La disminución en el tiempo cuando el impacto del estrés se atenúa indica que estamos ante un trastorno de ajuste. Si continúa la sintomatología aún acabándose la situación estresante podríamos pasar a diagnosticarlo como trastorno disocial.

-Ámbito socio-cultural. Las conductas y/o síntomas que comportan este cuadro, su normalidad y/o anormalidad psicopatológica no siempre sigue un modelo exclusivamente biomédico para todos los profesionales que lo abordan, ya que en muchos profesionales lo definen siguiendo criterios sociales y dentro de ellos contextuales e igualmente tampoco los sujetos que lo padecen tienen un criterio intersubjetivo del mismo.

-*Inespecificidad sintomatológica:*

-Síntomas aislados sindromicamente, sin llegar a constituirse como diagnóstico nosológico. Un ejemplo claro es la agresividad. Muchos niños son enviados por presentar sólo agresividad, lo mismo sucede con estudios epidemiológicos en los que se valora sólo agresividad y estos sujetos se consideran trastorno.

-Secundario a otros trastornos como a los trastornos depresivos, siendo la única o primera manifestación de los mismos.

-Reactivos a otros cuadros como al abuso de drogas.

-Por último ser manifestación Prodrómicos entidades tardías que tienen su eclosión en la adolescencia o vida adulta como en el caso de las esquizofrenia.

Esta gran variedad de manifestación sintomatológica, esta gran heterogeneidad del cuadro, hace que los estudios sobre el mismo o su sintomatología sean muy diversos. Por ello no es difícil encontrar por ejemplo, trabajos centrados en agresividad, o en un grupo de síntomas, pero donde los casos no están definidos según criterios internacionales.

-Comorbilidad: Un problema más que lleva inherente el estudio de estos cuadros es su alta comorbilidad con otros trastornos especialmente trastornos hiperactivos, depresivos, de ansiedad, etc.

2.- Instrumentos y criterios diagnósticos utilizados:

-Variabilidad instrumentos de "screening", dependiendo del instrumento que se utilice que sea específico de los trastornos o general, así como dependiendo del punto de corte que se establezcan, las tasas serán distintas.

-Uso o no entrevistas psiquiátricas. Con el uso de éstas disminuyen las tasas.

-Utilización de criterios D.S.M. O C.I.E.-10

3.- Características poblaciones estudiadas

-Clínica-general.

-Urbano-rural. Para Rutter (1975) los niños de 10-11 años presentan unas tasas de 4.2% de trastornos disociales en áreas rurales, mientras que cuando con la misma metodología se realiza en Londres las tasas se doblan. Igualmente para Graham (1979) las tasas son superiores en áreas urbanas (8%).

224 - Rango de edad incluido. Ya que los síntomas de menor gravedad van disminuyendo con la edad y van aumentando los de mayor (Offord, 1987).

- Sexo. Existen diferencias respecto al sexo, existiendo mayor proporción en varones con respecto a mujeres, siendo la proporción de 3:11, 9:4.6, etc dependiendo de los estudios.

- Clase socio-económico.

En un intento de analizar la frecuencia del cuadro en el marco clínico y los síntomas o trastornos que coocurren con el mismo, estudiamos todos los niños y adolescentes cuyo motivo de consulta en el último año ha sido "trastorno de conducta o del comportamiento". Resultando 75 (7.5%) con dicho motivo de una población de 998. En ellos intentamos analizar la frecuencia real de sujetos que cumplen el diagnóstico de trastorno disocial (C.I.E.-10), los cuadros asociados y el peso psicopatológico.

OBJETIVOS

- Analizar la frecuencia real de los trastornos disociales en un año en una población clínica.

- Valorar la sintomatología asociada a los cuadros nosográficos comórbidos.

- Analizar los "trastornos de conducta" enviados de los distintos servicios y delimitar la tasa real de trastorno disocial.

- Analizar qué síntomas determinan el error diagnóstico.

METODO

Para ello, analizamos toda la población que asiste durante el año 1998, al servicio de Psiquiatría Infantil. (N=998.), de este grupo estudiamos a todos aquellos sujetos que nos son enviados con el diagnóstico de trastorno de conducta. (N=75)

Este grupo es enviado por: Centro de salud mental en el 75% de los casos, pediatría 10% y servicios sociales el 15%.

La edad media de nuestra población es de 11.8 con una D.T. de 1.2 el porcentaje en varones corresponde al 80%, y un 20% de niñas.

RESULTADOS

Tras el análisis del grupo de trastornos de conducta inicial observamos como se refleja en la figura 1 como el 22,36% corresponde a trastornos afectivos, en los que el 21,56% corresponde a varones y el 5,8% a mujeres.

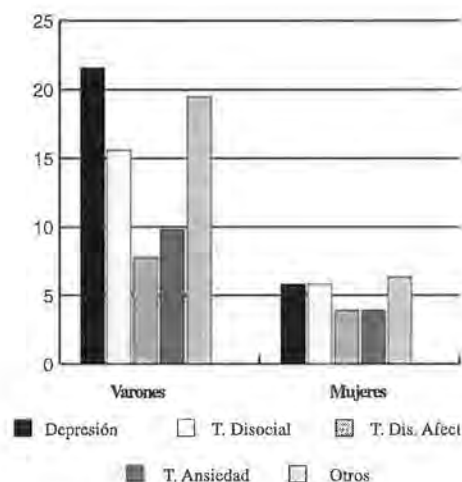


Figura 1.

El 21,4% corresponde a Trastornos disociales, siendo el 15,6% varones y el 5,8% mujeres. Los trastornos disociales afectivos corresponden a un 10,12%, de los cuales el 3,92% son mujeres y el 7,8% varones. Los trastornos de ansiedad corresponden al 13,72% y el resto de los diagnósticos corresponden a un 25,8% subdividido en múltiples cuadros. Estudiamos sintomatológicamente los 4 primeros cuadros que están más claramente definidos.

Valoramos en primer lugar, la agresividad destacando el alto porcentaje de esta en los t. afectivos, los t. disociales y los disociales mixtos, no así en los trastornos de ansiedad, como vemos en la figura 2.

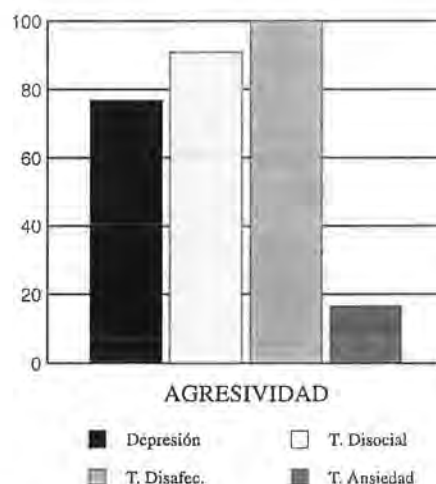


Figura 2.

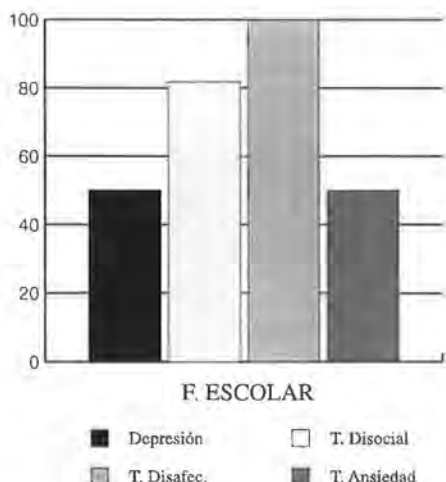


Figura 3.

El fracaso escolar, aparece en más del 50% de los casos, en los cuatro grupos, siendo llamativa la alta frecuencia en los trastornos disociales mixtos y en los trastornos disociales, (Un 100% y un 81,8%), (figura 3).

La rebeldía, es un síntoma bastante común en los diferentes grupos, destacando que en más del 80%, aparece en los T.disociales, los T. Disociales mixtos y los trastornos de ansiedad y el 61,53 en los trastornos depresivos. (figura 4)

La suspicacia, es menos frecuente en los distintos grupos diagnosticos apareciendo solo en un en los trastornos disociales mixtos, y un 36,36% en los trastornos disociales, solo aparece 18.18% en los trastornos afectivos. (figura 5)

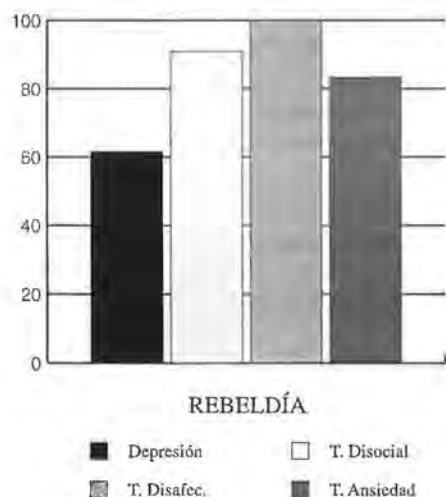


Figura 4.

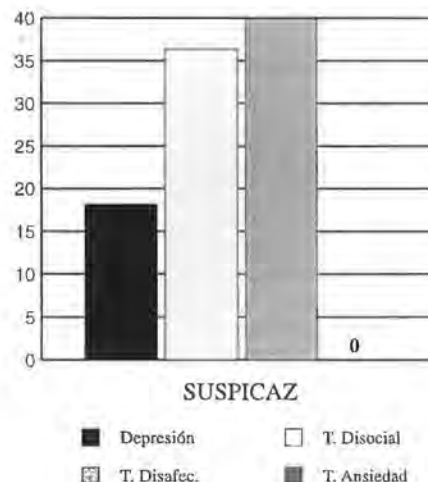


Figura 5.

La irritabilidad es el síntoma más común y frecuente, aparece en el 100% de los grupos diagnósticos con la máxima intensidad. (figura 6)

La impulsividad también es frecuente en los 4 grupos de nuestro estudio, siendo más frecuente en el grupo de los cuadros disociales y menos en los afectivos y ansiosos (figura 7)

La sintomatología obsesiva es poco frecuente en estos grupos diagnósticos, solo aparece en el grupo de t.disociales y el grupo de -trastornos de ansiedad (18,8% y 16,6% respectivamente), (figura 8)

La coprolalia aparece en el 45,45% de los t.,disociales, el 25% de los disociales mixtos y el 18,8% del grupo de los t. afectivos.(figura 9)

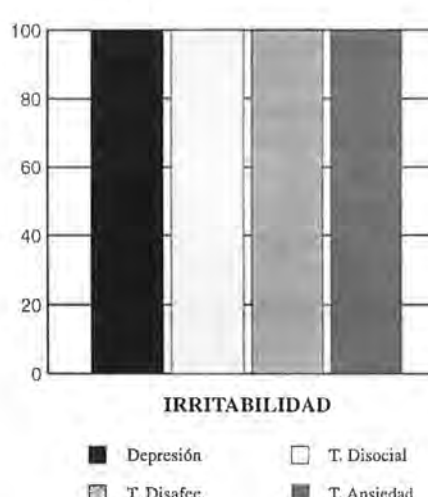


Figura 6.

226

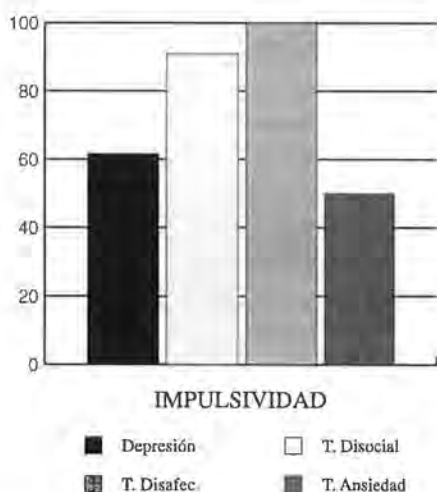


Figura 7.

Los síntomas somáticos aparece en el 53,8% de los trastornos afectivos, en el 83,3% de los trastornos de ansiedad y en el 40% de los trastornos disociales mixtos. (figura 10)

La anhedonia, más característica de los trastornos afectivos (61,53%), aparece en el 60% en los disociales mixtos así como en un 22,2% de los t.disociales y el 33,33% de los trastornos de ansiedad (figura 11)

El exhibicionismo sexual es poco frecuente y solo aparece en el 9,99% de los t.disociales y el 20% de los disociales mixtos. (figura 12)

Los robos, es quizás el síntoma más característico de los trastornos disociales ya que un 72,72% de los t. disociales lo presentan y un 60% de los disociales y de las

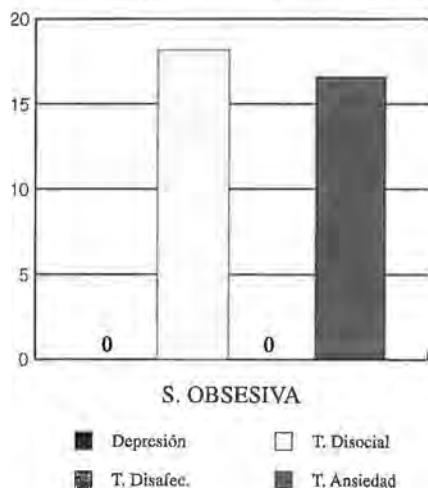


Figura 8.

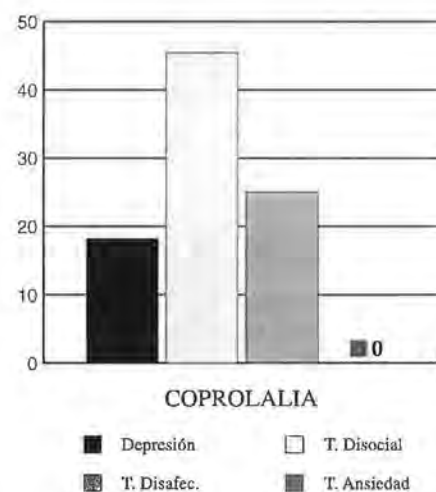


Figura 9.

emociones, solo un 16,6% de los trastornos de ansiedad presentan esta sintomatología, y ninguno de los cuadros depresivos. (figura 13)

La falta de concentración aparece en el 100% de los trastornos de ansiedad, un 81,8% de los trastornos disociales y un 60 y 46,15% respectivamente de los disociales mixtos y de los trastornos depresivos. (figura 14)

La hiperactividad sintomática aparece con más frecuencia en el grupo de los trastornos de ansiedad (83,3%) y los trastornos afectivos (46,15%) en menor lugar en los t.disociales (27,27%) y los t.disociales y de las emociones (20%). Presentan dificultades de relación el 90.9% de los trastornos disociales y el 53,84 de los trastornos

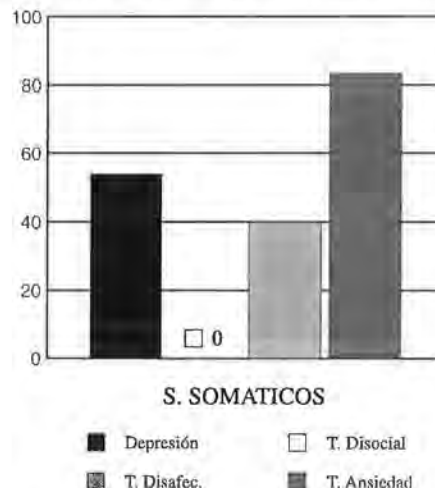


Figura 10.

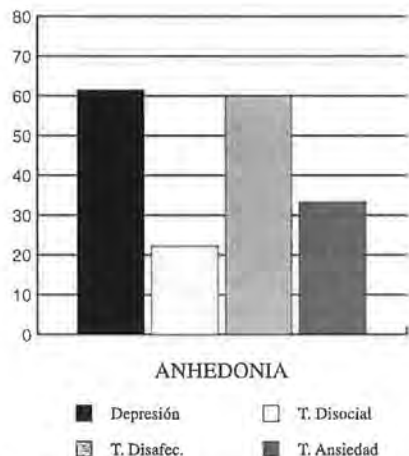


Figura 11.

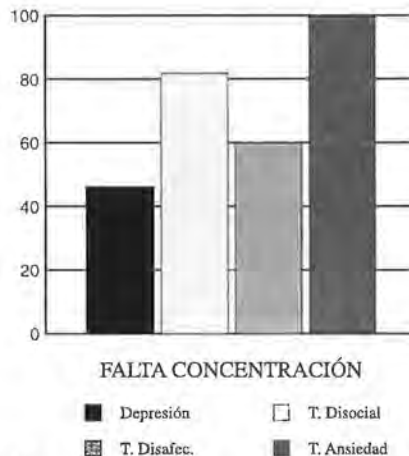


Figura 14.

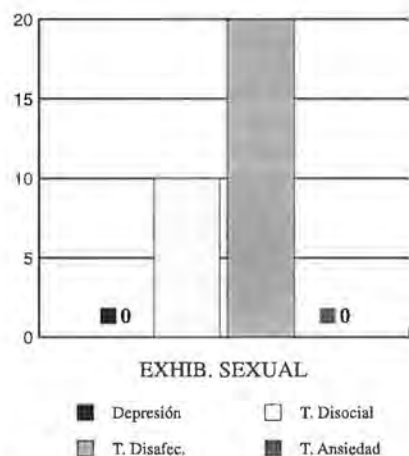


Figura 12.

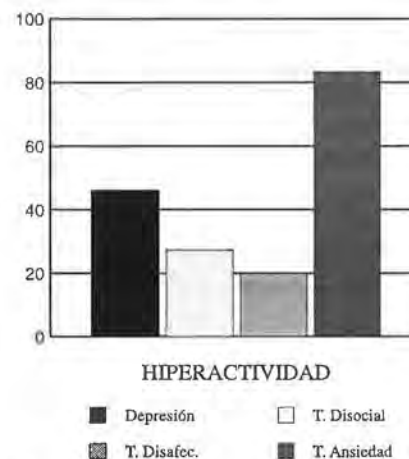


Figura 15.

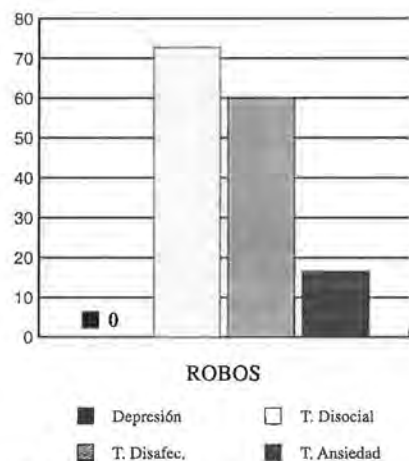


Figura 13.

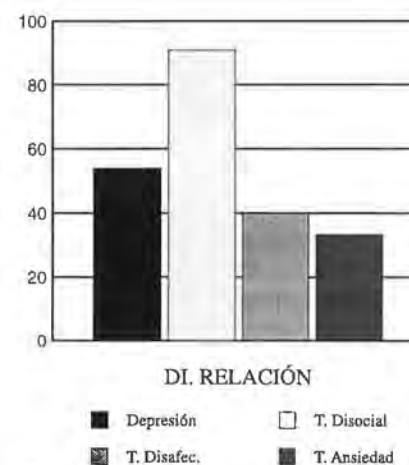


Figura 16.

228

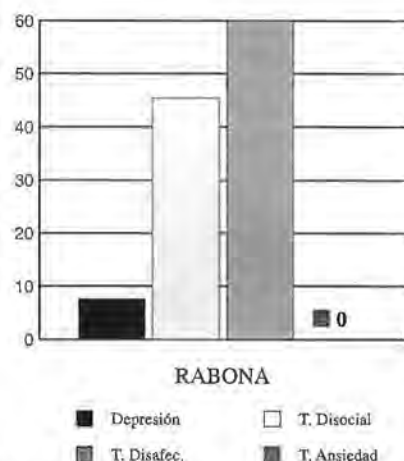


Figura 17.

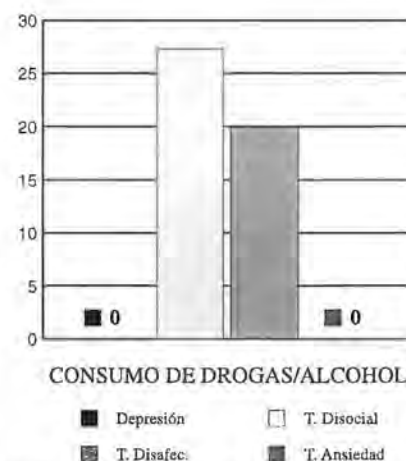


Figura 18.

depresivos, en menor porcentaje se encuentra el grupo de los trastornos mixtos un 40% y el grupo de trastornos de ansiedad en un 33,33%, (figura 16)

"Hacer novillos", o "hacer rabona" corresponde claramente a la sintomatología disocial, tanto en el grupo disocial y de las emociones que presenta una frecuencia de un 60% como al 45,45% de los t.disociales y solo un 7,6% de los trastornos afectivos (figura 17). Igual ocurre con el consumo de drogas y alcohol que también es claramente una sintomatología frecuente de los dos grupos de trastornos disociales (figura 18).

DISCUSION

El porcentaje real de trastornos disocial (F91), y trastornos disociales y de las emociones mixtas (F92), corresponde al 21,3% de los niños enviados con trastor-

nos de conducta, la incidencia en nuestra muestra clínica es de un 1,6%, tasa realmente baja.

Quizas debido a la rigidez en los criterios diagnosticos y al análisis sintomatológico, que como hemos visto presentan una alta comorbilidad con los síntomas de los trastornos afectivos, de hecho los síntomas que claramente diferencian a los trastornos disociales son. El exhibicionismo sexual, los robos, el consumo de drogas y alcohol y las dificultades de relación. El solapamiento sintomatológico que ocurre con los síntomas afectivos, podría explicar la diversidad de tasas que se recogen en los distintos trabajos, donde se podría estar valorando como trastornos disociales cuadros claramente afectivos. Con este trabajo solo hemos pretendido llamar la atención por un lado del problema de la comorbilidad en estos cuadros y por otro lado de las dificultades que la valoración sintomatológica presenta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Earls, F. (1994). oppositional-defiant and conduct disorders. En: M.Rutter; E.Taylor.
2. L.Hersov (ed). Child and adolescent Psychiatry:Modern Approaches. London: Blackwell Scientific Publications.
3. Husain, J; Cantwell M.(1991) Fundamentals of child and adolescent Psychopathology. American Psychiatric Press.
4. Graham,P.J.(1979) Epidemiological studies in psychopathological disorders of childhood. 2ª. Quay, Werry, N.Y.Wiley.
5. Mojarro, M.D; Benjumea, P. "Los trastornos de conducta en la infancia". cap.35, pp:767-804. En: Psicopatología del niño y del adolescente, J.Rodríguez Sacristán (Ed). Universidad de Sevilla, 1995.
6. Offord, D.R; Boley, M.H. (1986) "Problem in setting up and executing large scale psychiatric epidemiological studies" Psychiatric Dev.3, 257-272.
7. Rutter,M; Cox, A; Tupling,C; Berger, M; Yule, W. (1975) "Attainment and adjustment in two geographical areas:I.the prevalence of psychiatric disorders".British Journal of Psychiatry. 126, 493-509.