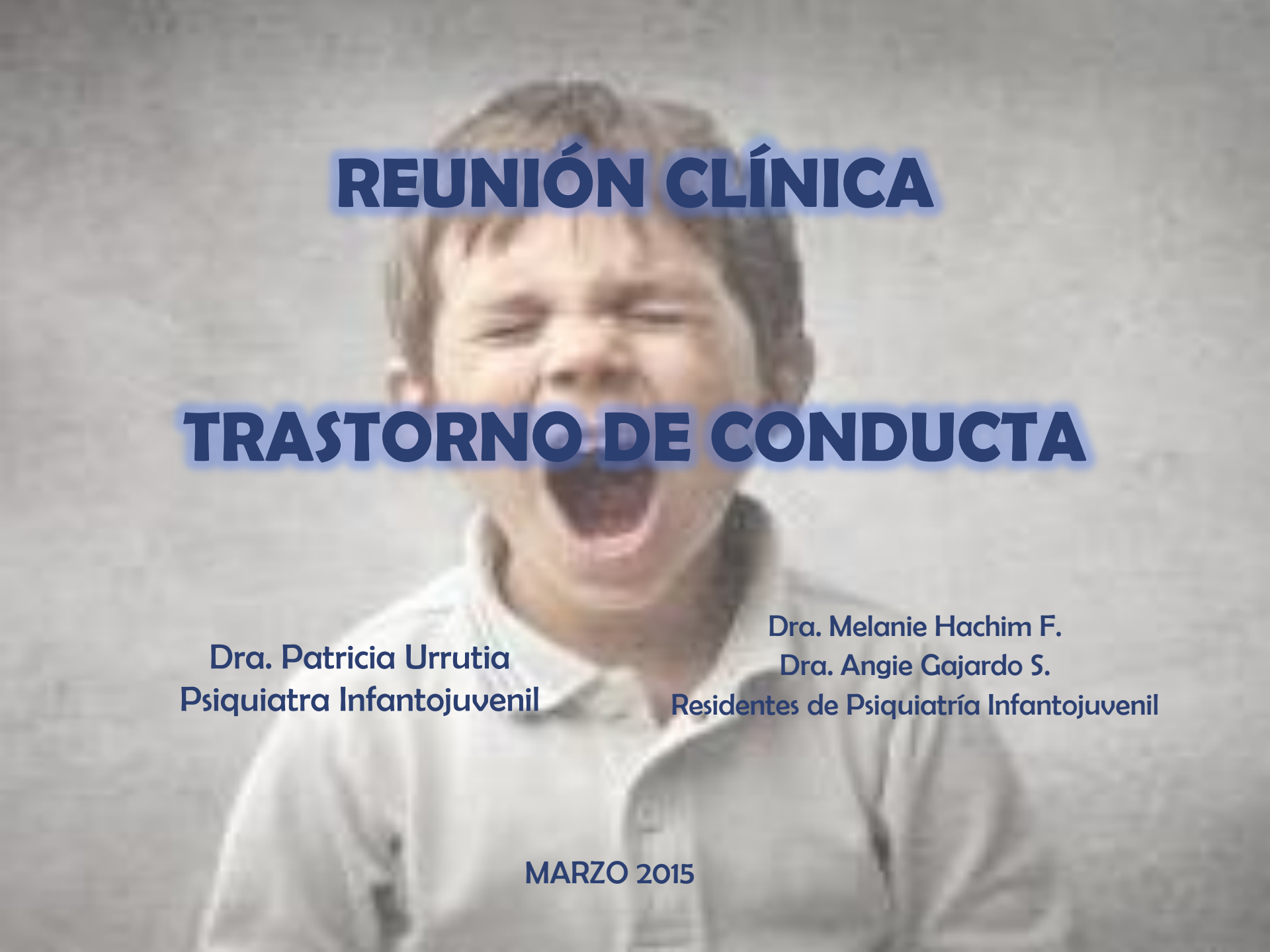




REUNIÓN CLÍNICA

TRASTORNO DE CONDUCTA

Dra. Patricia Urrutia
Psiquiatra Infantojuvenil

Dra. Melanie Hachim F.
Dra. Angie Gajardo S.
Residentes de Psiquiatría Infantojuvenil

MARZO 2015

CASO CLÍNICO



CASO CLÍNICO

- K.C.M
- Sexo: Femenino
- 12 años
- Procedencia: Maipú, Santiago
- **MC inicial:** Retraso del DSM
- **MC actual:** Trastorno Conductual severo.

Embarazo controlado, en las últimas semanas se pesquisa RCIU, Pcesárea por CCA, RNT 38 sem, PEG. P: 2.225 gr, T: 49 cm, CC:32,5 cm (APGAR 9-9). Sin antecedentes en el periodo perinatal.

K. C. M.
12 años, Santiago

Hija única, PSNC, Medios
Hermanos Maternos
24 y 20 años
sanos.

DSM:

- C. Cefalico: 4 meses.
- Sedestación: 8 meses.
- Marcha Independiente: 20 meses con caídas frecuentes.
- Primeras palabras: 3 años.

2004
1 ½ años.

Ingresa a S. Neurología con Dg. De RDSM global y Sd. Piramidal.

RNM: Displasia y atrofia hemisferio cerebeloso Iº + atrofia del nucleo caudado Iº. Probable noxa Prenatal.

Mayo 2005
2 años.

Presenta crisis de desconexión con desviación de la mirada, hipotonía generalizada y cianosis peribucal. (2 crisis)

EEG: Foco parieto occipital Iº.

Inicia tto con AVP con buena respuesta.

2006 al 2009

Se realiza estudio Metabólico cuyos resultados fueron normales y estudio para mutación de Rett el cual fue (-).

EEG 2009: Muy frecuente actividad epileptiforme interictal centroparietotemporo occipital Iº con máxima negatividad Occipital.

Embarazo controlado, en las últimas semanas se pesquiza RCIU, Pcesárea por CCA, RNT 38 sem, PEG. P: 2.225, T: 49, CC:32,5 , APGAR 9-9 Sin antecedentes en el periodo perinatal.

K. C. M.
12 años, Santiago

Hija única, PSNC, Medios
Hermanos Maternos
24 y 20 años
sanos.

DSM:

- C. Cefalico: 4 meses.
- Sedestación: 8 meses.
- Marcha Independiente: 20 meses con caídas frecuentes.
- Primeras palabras: 3 años.

2012

Enero 2014

Diciembre 2014

Ingres a pediatría por estudio de hematuria.

Ecorenovesical: N.,
PieloTAC: N,
Uretrocistoscopia: N.

En los controles madre refiere que esta agresiva con ella y sus familiares.

Tto con Risperidona de 5 hasta 30 gotas por día.
Se suspende por aumento de peso.

Ingres a Pediatría por cuadro de ITU febril y madre relata sospecha de abuso sexual de parte del papá. Además de periodos de agresividad y agitación intermitente.
Se maneja con Risperidona 1 mg ½ - ½ sin mejoría significativa.

Denuncia a la Fiscalía por VIF y sospecha de A.S. Y Evaluación ginecológica normal.

SE deja controles con Psiquiatría pero madre no asistió.

Durante control en Neurología madre vuelve a señalar que se encuentra heteroagresiva con ella, profesores y compañeros de colegio. Frustración rápida.

No es posible realizar examen físico por intento de agresión a Médicos y golpes a la madre.

Se deriva a Psiquiatría donde se Dg. T. Conductual y se hospitaliza en Enero del 2015.

EXAMEN FÍSICO GENERAL

- **CC:** 52 cm p50.
- **Peso:** 46 Kg
- **Talla:** 155 m
- **IMC:** 19 p50
- **Piel** sin lesiones.
- Normocráneo. Edentación parcial (pérdida de incisivos centrales).
- Cara sin dismorfias.
- **Cardíaco:** RR2TSS
- **Pulmonar:** MP (+), SRA
- **Abdomen:** BDI, RHA(+), sin masas.
- **EEl:** sin edema, pulsos +, TVP (-)

EXAMEN NEUROLÓGICO

- **Examen Mental**

- **Aspecto:** acorde a su edad cronológica, aseada.
- **Actitud:** Cooperadora.
- **Conciencia:** Vigil espontánea, orientada T-E.
- **Contacto:** Normal.
- **Atención:** impresionable y distractil.
- **Cognición:** CI clínicamente disminuido.
- **Senso-percepción:** Normal.
- **Pensamiento:** Velocidad normal, contenido pobre, Lenguaje: dislalias y dificultad en la articulación.
- **Afecto:** Hipotimia leve.
- **Ritmos biológicos:** Sueño y apetito conservado.

EXAMEN NEUROLÓGICO

- **Pares craneanos:** Pupilas isocóricas reactivas, rojo pupilar presente, FO n/e, oculomotilidad conservada, audición conservada, movilidad facial normal, pares bajos normales.
- **Motor:**
 - Trofismo: Conservado.
 - Tono: Normal.
 - Fuerza: Conservada.
 - ROT(+), plantar flexor Iº, plantar indiferente Dº.
- **Sensitivo:** Superficial y profunda conservadas.
- Cerebelo: normal.
- **Marcha:** ataxica.
- Signos meningeos: negativos.

DIAGNÓSTICOS

- **Sindromático:**
 - DI moderado.
 - Síndrome Epiléptico sintomático.
 - Síndrome Piramidal Derecho.
 - Trastorno Conductual moderado a severo.
 - TEL mixto de predominio expresivo.
- **Localizadorio:** Cerebral difuso.
- **Etiológico:** desconocido
- **Generales:**
 - Antecedentes de Abuso Sexual intrafamiliar Judicializado.
 - Disfunción Familiar.

COMENTARIOS

- La paciente durante hospitalización no muestra desajustes conductuales, salvo algunos episodios puntuales con la madre, de oposicionismo.
- Sin crisis epilépticas. EEG: normal.
- La mamá y hermanos se encuentran en Terapia familiar.
- Existe una orden de alejamiento del padre.
- A.S. Está evaluando el ambiente del colegio y posibilidad de supervisión permanente para poder prepara el alta.
- *Tto. actual: Quetiapina 100 mg ¼-0-1/2., Citalopram 20 mg ¼ - 0- 0, Ac. Valproico 20 gotas cada 8 horas.*



TRASTORNO DE CONDUCTA

GENERALIDADES

**Criterios
Diagnósticos.**

Etiología.

**FISIOPATOLOGÍA
DE P. De Desarrollo.**

**ANÁLISIS
DE
CASO CLÍNICO**

MANEJO

GENERALIDADES

- **Problemas de conducta** → preocupación para las familias, el colegio y la sociedad en general.
- “Comienzan cuando los niños y adolescentes tienen que cumplir ciertas normas y someterse a un cierto grado de disciplina que les suponga **no conseguir una satisfacción inmediata.**” *(Díaz, Jordán, Vallejo y Comeche, 2006)*
- Gravedad o intensidad de los problemas de conducta es amplia
 - *Problemas cotidianos → → Trastornos del comportamiento recogidos en las clasificaciones internacionales.*

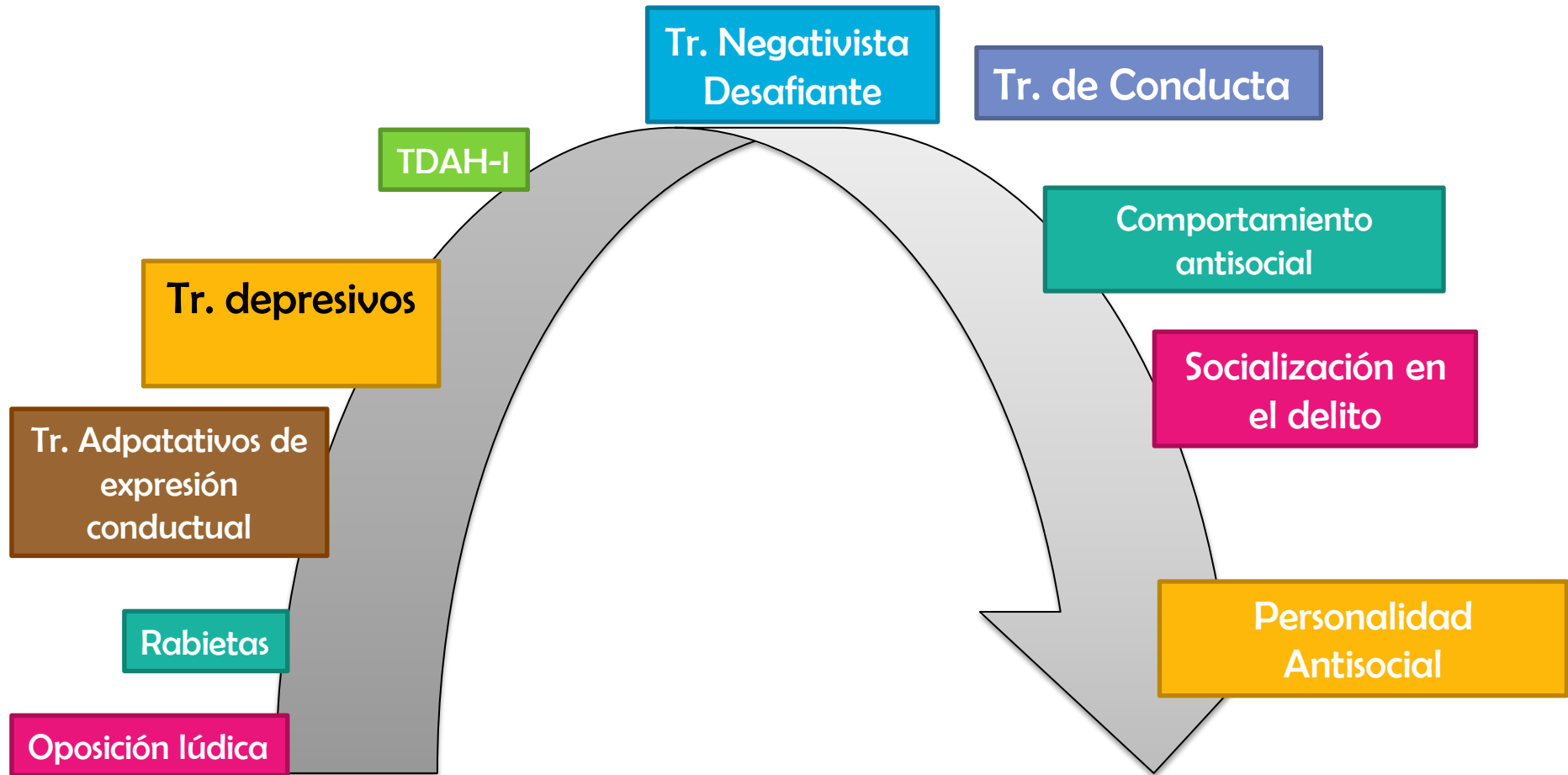
GENERALIDADES

- Las conductas valoradas como síntomas de un trastorno en una determinada edad pueden ser evaluadas como normales en otra.
- La edad y el nivel de desarrollo cognitivo influyen en la forma en la que un determinado comportamiento es percibido e interpretado por los adultos.
- Otro de los factores que influye es la familia, la tolerancia de los padres, su estilo educativo y sus habilidades para hacer frente a estas situaciones.

EPIDEMIOLOGÍA

- Prevalencia de **2-16%** en la población infantojuvenil.
- Más frecuente en **hombres (3 : 1)** e inicia generalmente entre los 3-5 años.
- **5,3%** consultas en Servicio de Salud mental infantil en < 15 años (HRR, 1998).
- La prevalencia de los trastornos del comportamiento, así como otros diagnósticos psicopatológicos, aumenta en función de la edad.
 - 3 % a los 10 años
 - 8-9 % a los 16, se duplica en la adolescencia.
- Prácticamente todos los autores coinciden en la existencia de un **continuo que va desde la normalidad hasta los trastornos disociales.**

ESPECTRO DE TRASTORNOS CONDUCTUALES



EPIDEMIOLOGÍA

TABLA 1. PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS (DSM-IV) EN EL ÚLTIMO AÑO + IMPEDIMENTO EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL (n = 1558)

TRASTORNO PSIQUIÁTRICO + IMPEDIMENTO	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO		4-11 AÑOS		12-18 AÑOS	
	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.
T. Ansiosos	8.3	0.9	5.8	0.9	11.0	1.7	9.2	1.1	7.4	1.4
T. Afectivos	5.1	0.9	3.2	0.9	7.1	1.8	3.5	1.1	7.0	1.5
T. de comportamiento disruptivo	14.6	1.1	13.5	1.3	15.8	2.3	20.6	2.1	8.0	1.7
Uso drogas	1.2	0.4	1.4	0.5	1.1	0.5	0	0	2.6	0.8
T. Alimentación	0.2	0.1	0.1	0.1	0.3	0.3	0.4	0.3	0.4	0.3
Esquizofrenia	0.1	0.1	0	0	0.3	0.3	0	0	0.3	0.3
Cualquier trastorno	22.5	1.6	19.3	1.8	25.8	2.8	27.8	2.2	16.5	2.0

- Los **trastornos de comportamiento disruptivo** presentaron la prevalencia más alta (14,6%)

EPIDEMIOLOGÍA

TABLA 2. PREVALENCIA DE TRASTORNOS DISRUPTIVOS + IMPEDIMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL (n= 1558)

TRASTORNO PSIQUIÁTRICO + IMPEDIMENTO	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO		4-11 AÑOS		12-18 AÑOS	
	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.
Cualquier T. Disruptivo	14,6	1.1	13.5	1.3	15.8	2.3	20.6	2.1	8.0	1.7
T. Déficit Atencional/ Hiperactividad	10.3	0.9	9.7	1.2	10.9	2.0	15.5	1.6	4.5	1.4
T. Oposicionista Desafiante	5.2	0.5	4.5	0.7	5.9	0.9	7.8	0.9	2.3	0.7
T. de Conducta	1.9	0.4	2.7	0.8	1.0	0.4	0.9	0.3	2.9	0.9

GENERALIDADES

**Criterios
Diagnósticos**

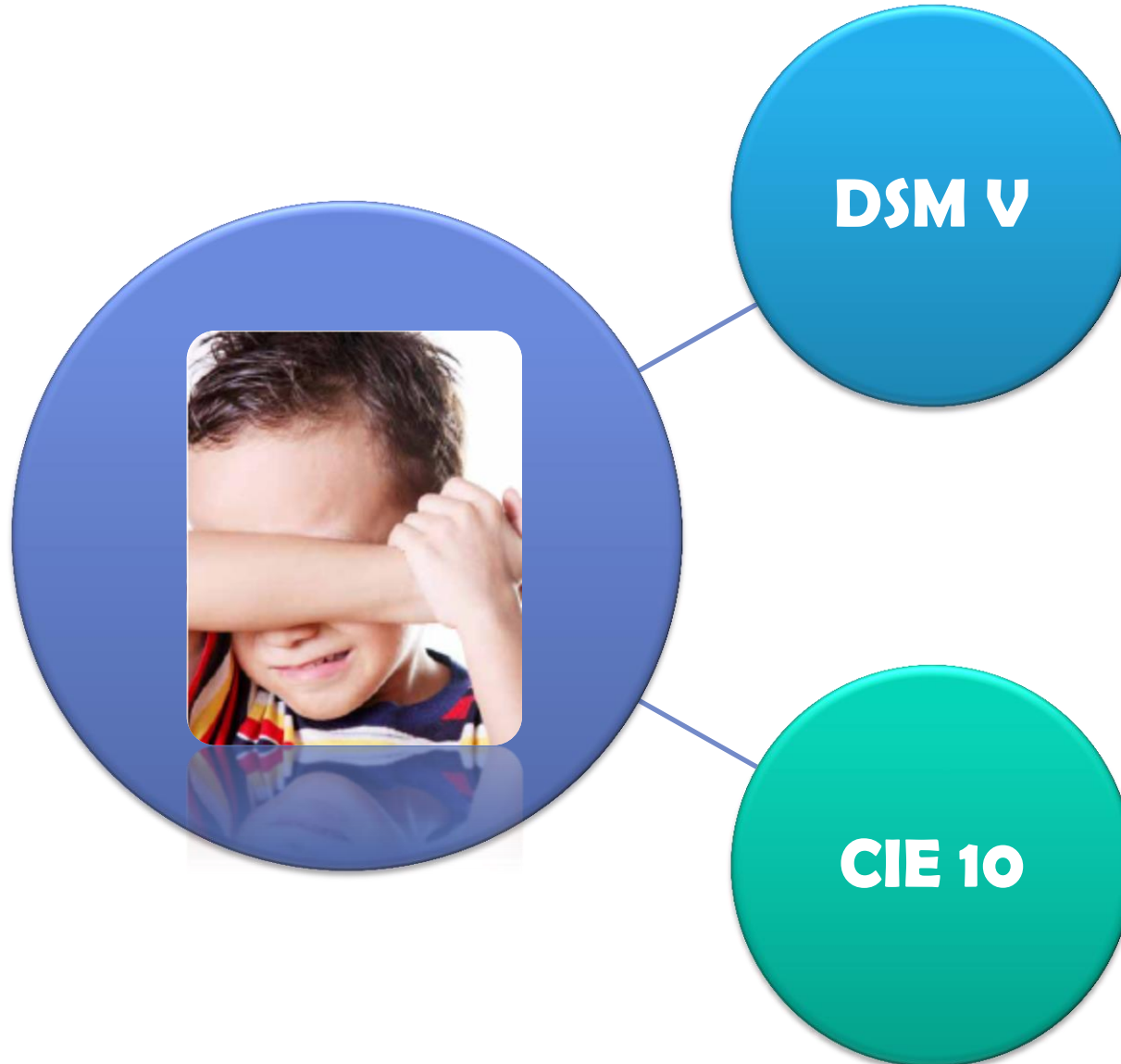
Etiología.

**Fisiopatología de los
Patrones de Desarrollo**

**ANÁLISIS
DE
CASO CLÍNICO**

MANEJO

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS



CONCEPTOS CIE - 10

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

(F90-F98) Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia

(F91) Trastornos de conducta

(F91.0) Trastorno de conducta confinado al entorno familiar

(F91.1) Trastorno de conducta des-socializado

(F91.2) Trastorno de conducta socializado

(F91.3) Trastorno negativista desafiante

CONCEPTOS DSM-V

TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA

TRASTORNO
NEGATIVISTA
DESAFIANTE

TRASTORNO
EXPLOSIVO
INTERMITENTE

TRASTORNO
DE
CONDUCTA

PIROMANÍA

CLEPTO
MANÍA

NO
ESPECIFICADO

TRASTORNO
DE LA
PERSONALIDAD
ANTISOCIAL

TRASTORNO DE CONDUCTA

Trastorno de la conducta

- A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.
2. A menudo inicia peleas.
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).
7. Ha violado sexualmente a alguien.

Destrucción de la propiedad

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio del fuego).

Engaño o robo

10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.
11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej. “engaña” a otros).
12. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión; falsificación).

Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.
 15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.
- B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral.
- C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

ESPECIFICACIONES

- Con emociones prosociales limitadas
 - Falta de remordimientos o culpabilidad
 - Insensible, carente de empatía
 - Despreocupado por su rendimiento
 - Afecto superficial o deficiente

SUBTIPO CLÍNICO

Inicio en la infancia

- Presentación < 10 años
- Mayor probabilidad de provenir de contexto familiar adverso
- Gran predictor de persistencia hacia la edad adulta
 - TDAH impulsivo, psicopatología familiar, alcoholismo parental
- CI más bajo, mayores problemas de impulsividad e inatención
- Mayor dificultad de interacción con los pares

Inicio en la adolescencia

- Más limitado a la adolescencia
- Conductas menos agresivas y mejor relación con pares
- Resultado de interacciones sociales con pares disociales o búsqueda de status social a través de las conductas antisociales

La edad de presentación tiene importancia **PRONÓSTICA**

CLASIFICACIÓN SEGÚN GRAVEDAD

LEVE

Conductas
“problema”
escasas

Daños mínimos
a otros

MODERADO

Conductas
“problema” y
daño a otros es
intermedio

Hurto
Vandalismo

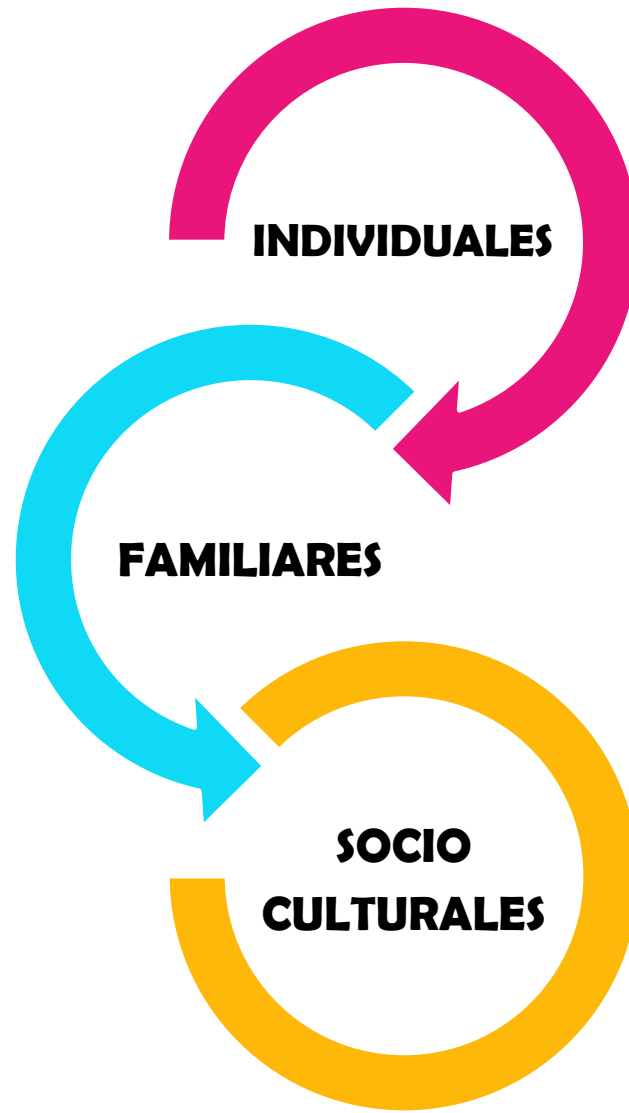
GRAVE

Varias
conductas
“problema”

Daño
considerable a
otros

ETIOLOGÍA

FACTORES RELACIONADOS



ETIOLOGÍA

FACTORES INDIVIDUALES

Niño con dificultades de adaptación de base constitucional, temperamental u orgánica que tiende a la agresividad

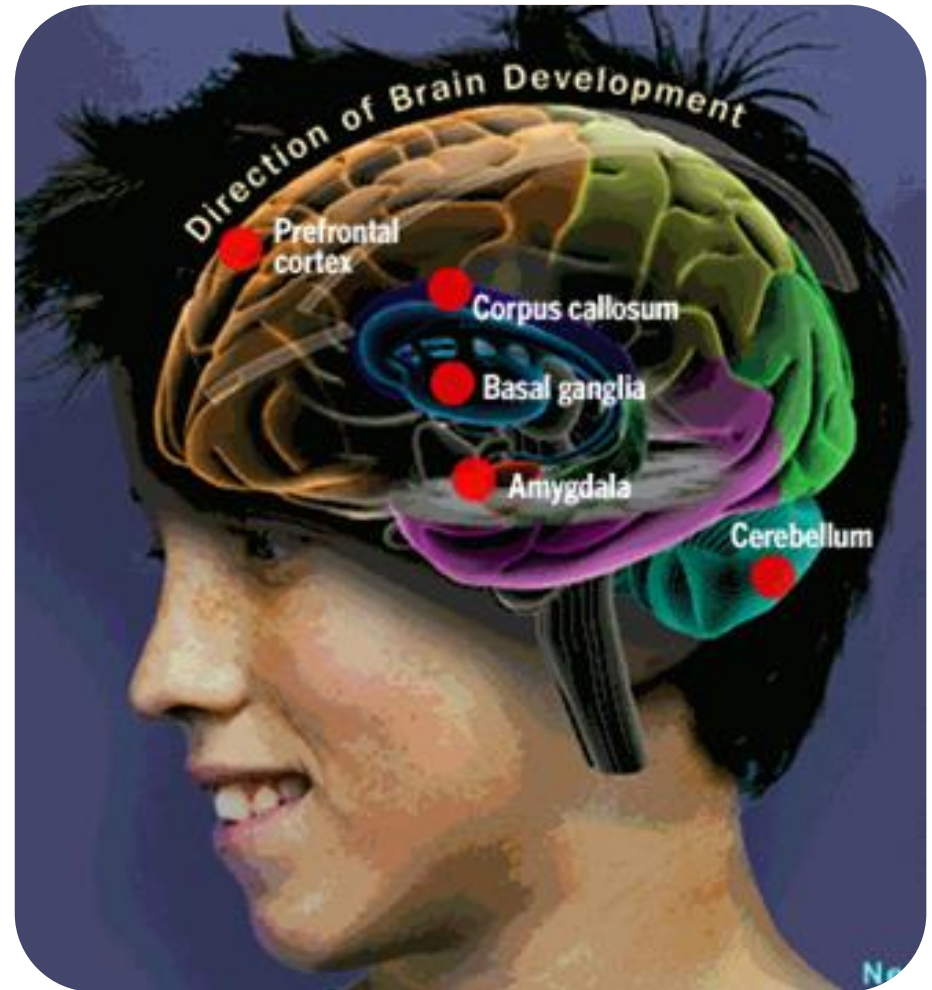
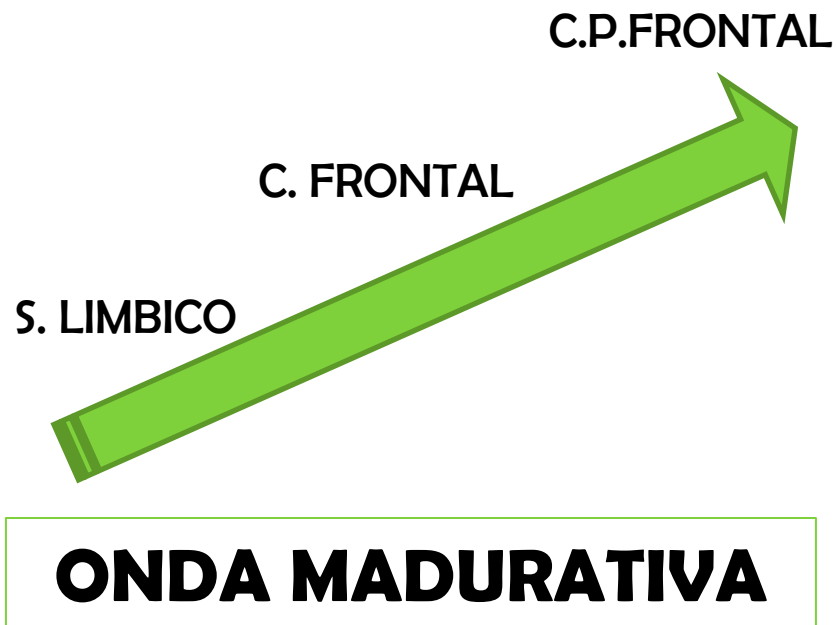
Subsistema parental en conflicto crónico, contradictorio, rígido, no aliado, que no se adapta a las necesidades de la familia

EPIGENÉTICA

La conducta es resultado de la interacción entre los genes y el medio ambiente

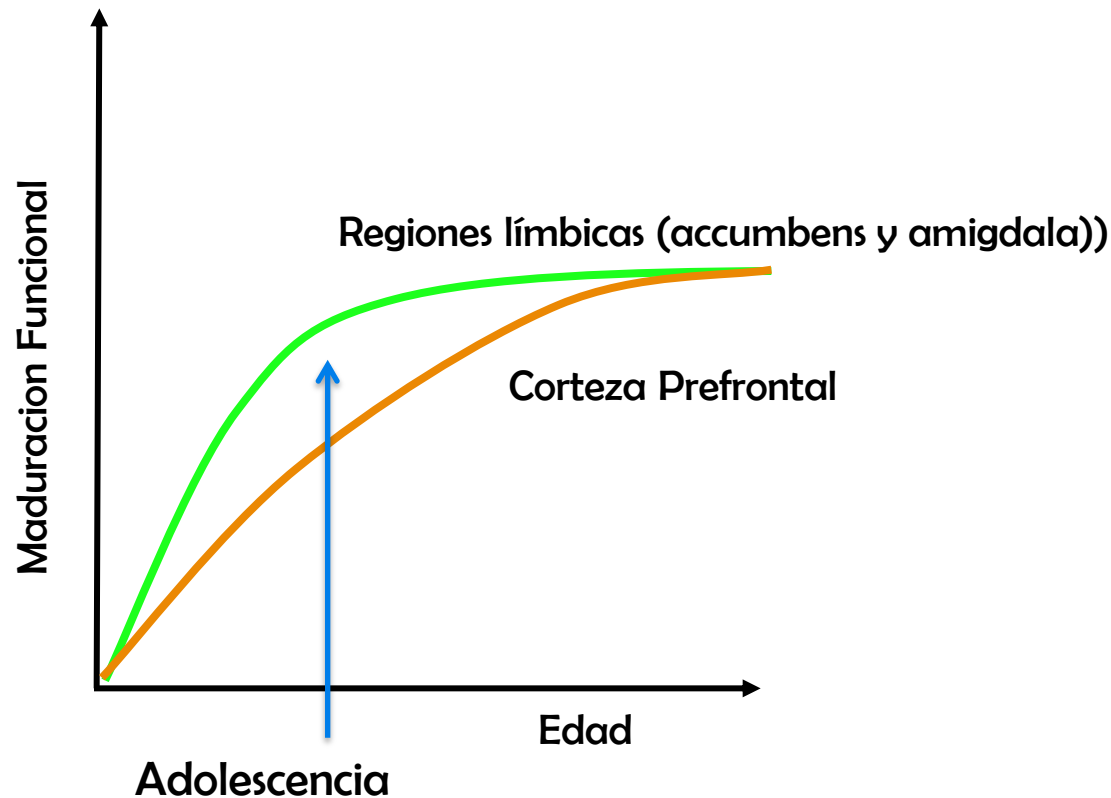
ETIOLOGÍA

FACTORES INDIVIDUALES → NEURODESARROLLO



FACTORES INDIVIDUALES

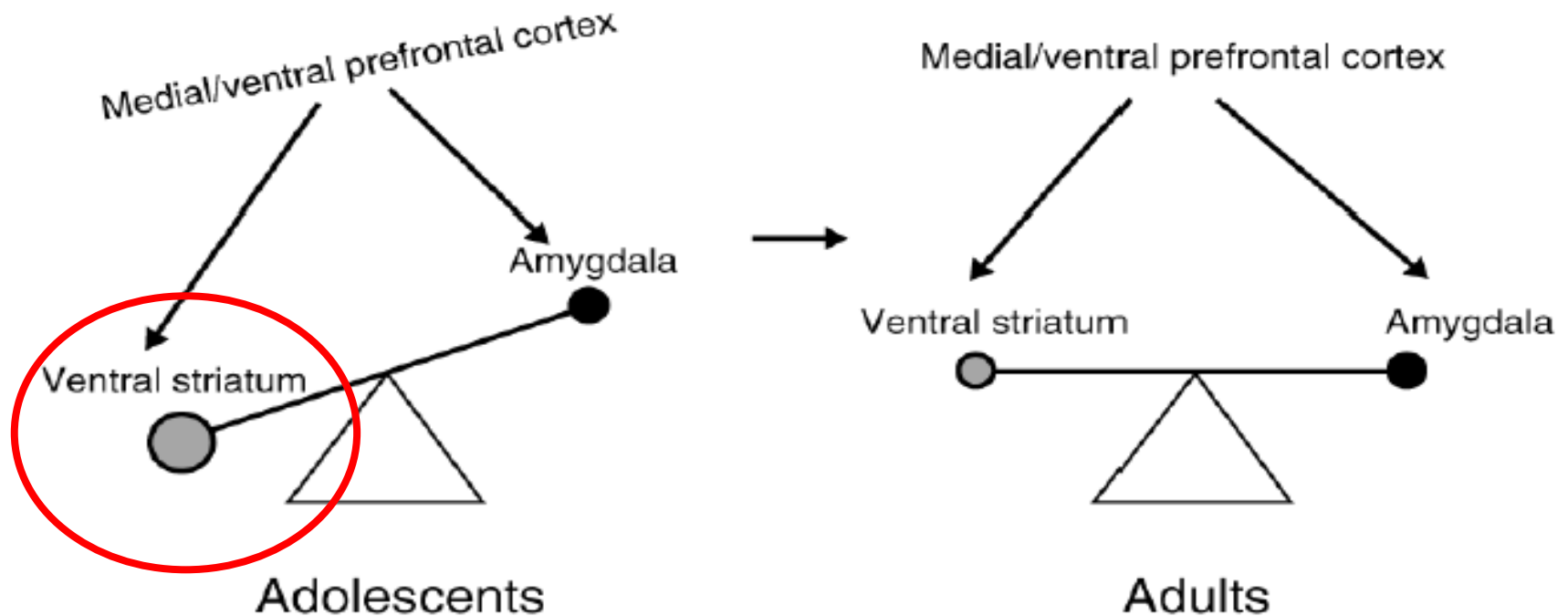
REGIONES LÍMBICAS SUB-CORTICALES V/S CORTEZA PRE FRONTAL



AMÍGDALA → Procesos emocionales
CORTEZA PREFRONTAL → Control de impulsos, planificación, control atencional, capacidad empática.

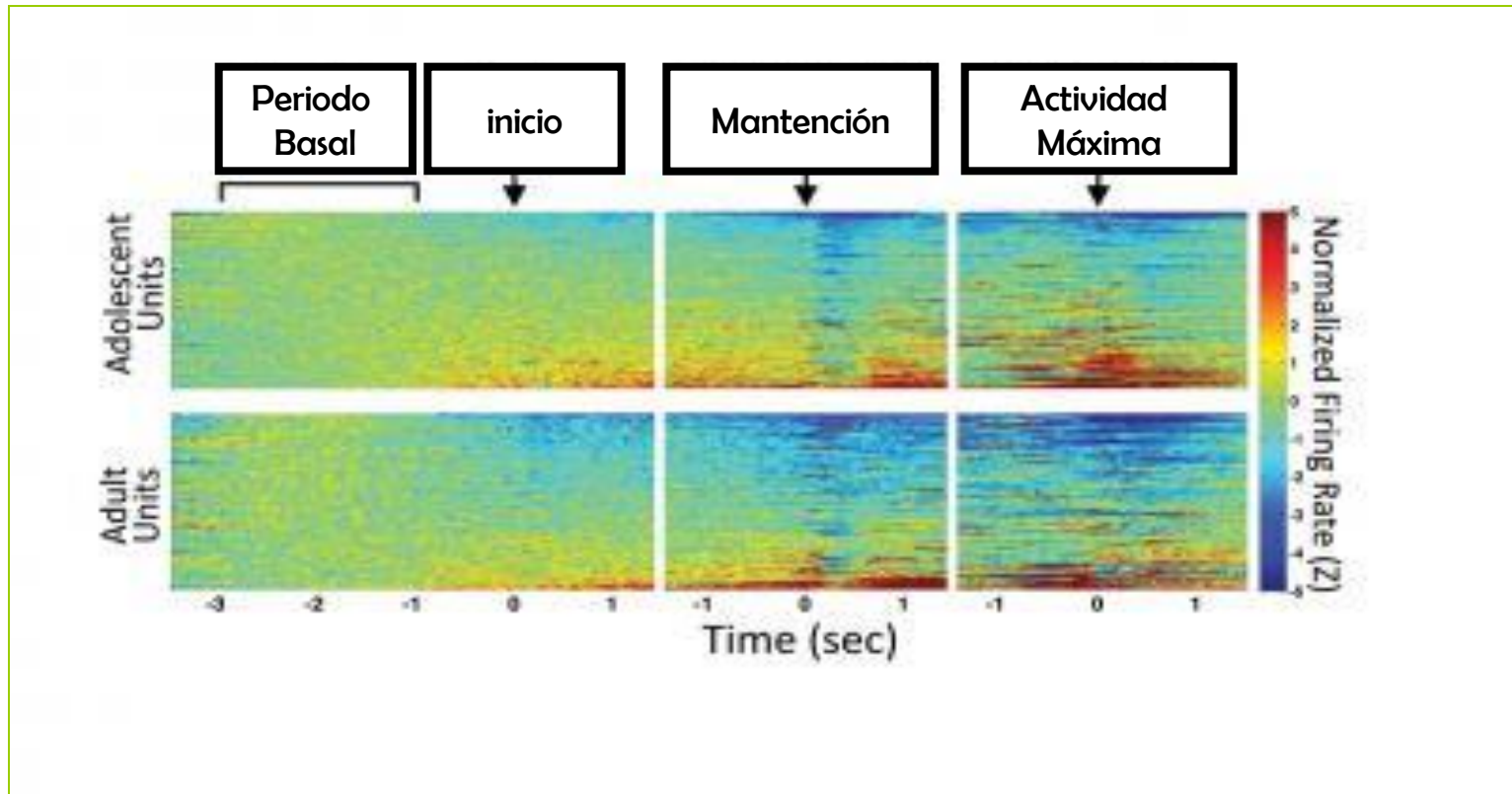
Modelo triádico: (M. Ernst, 2006)

La conducta se basa en un equilibrio entre 3 sistemas cerebrales que trabajan en conjunto



La Toma de decisiones por parte de los adolescentes estaría con problemas, *como consecuencia del SISTEMA VS (aproximativo de recompensa) FORTALECIDO y DE LOS SISTEMAS A (evitativo) y CPF (regulatorio) DEBILITADOS o INMADUROS*

Electrode recordings of adult and adolescent brain-cell activity during the performance of a reward-driven task. (Moghaddam, Sturman; *Journal of Neuroscience*, enero 2011)



Los **cerebros adolescentes** reaccionan a la recompensa con una **respuesta excitatoria mucho mayor** que en los adultos (rojo)

Mayor grado de desorganización, en las respuestas, en cerebros adolescentes.

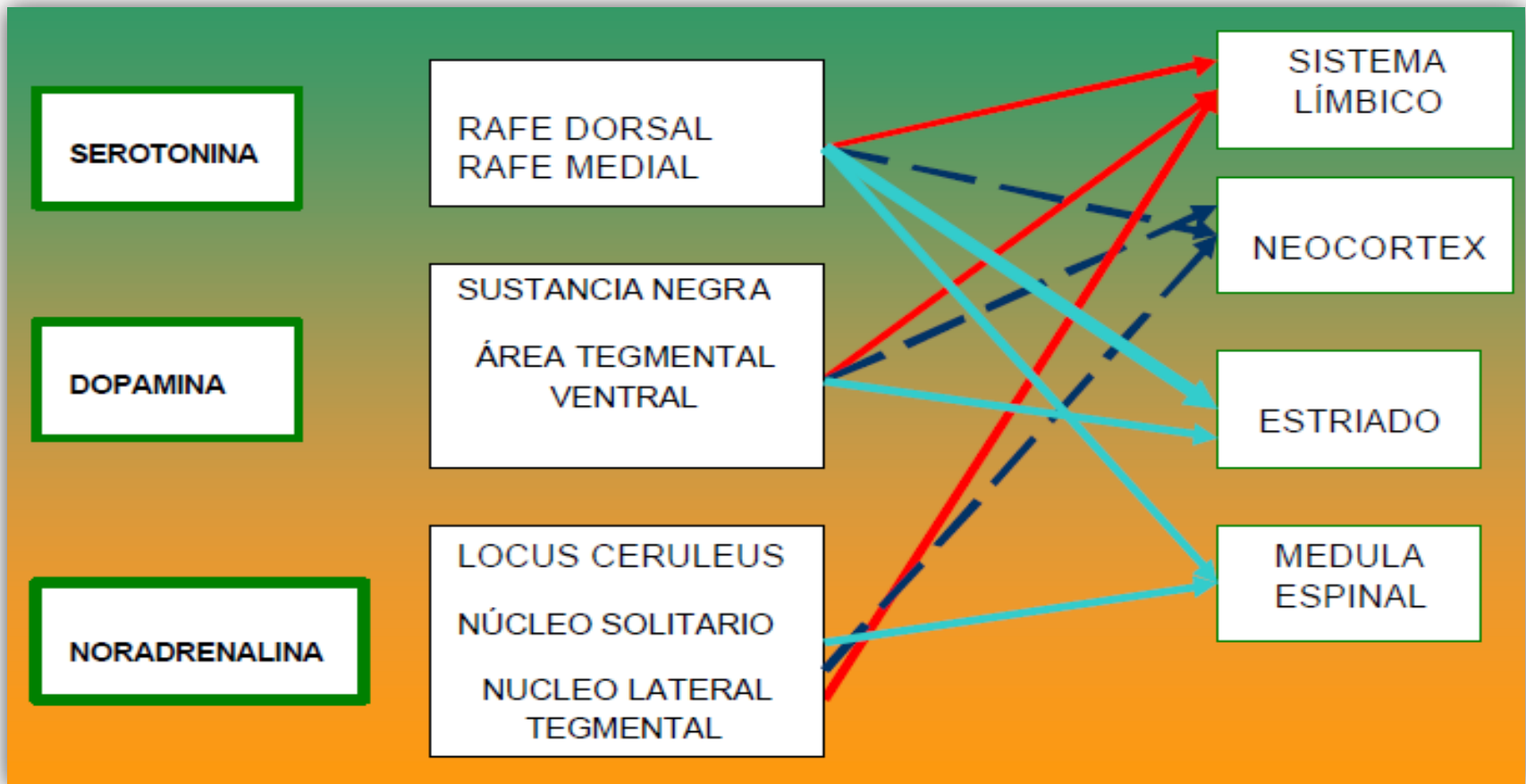
Se muestra un **adecuado balance** entre la excitación (rojo) y la respuesta inhibitoria (azul), **en cerebros adultos**.

FACTORES INDIVIDUALES

CIRCUITOS NEURONALES

Agresión, violencia

Corteza pre motora, motora y ganglios basales

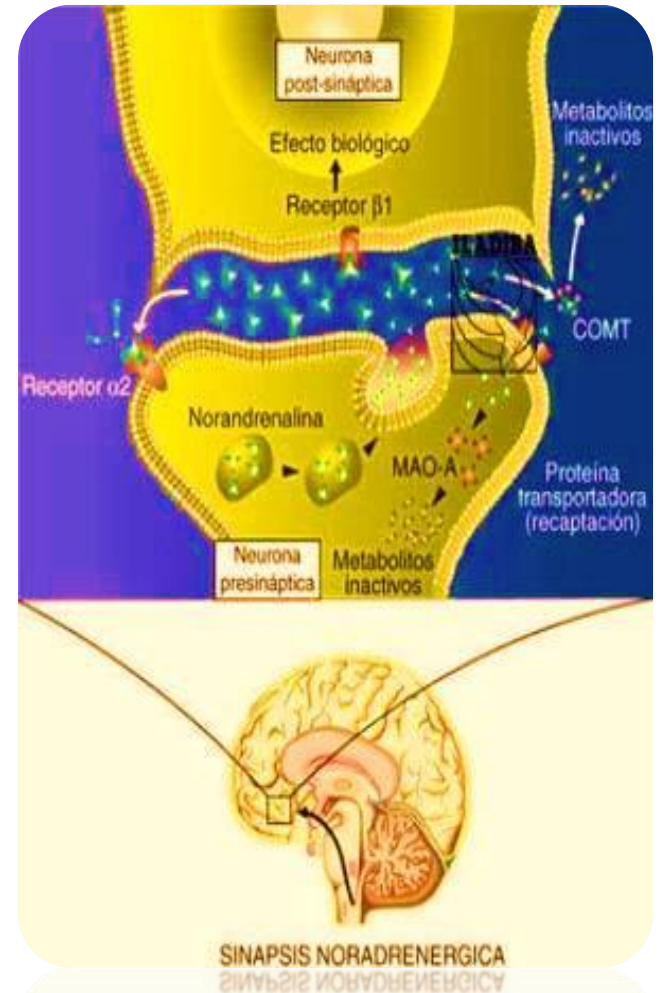


Valdés G.. La corteza prefrontal medial controla el alerta conductual y vegetativo.
Implicancias en desórdenes de la conducta *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2006; 44(3): 195-204

FACTORES INDIVIDUALES

GENOTIPOS IDENTIFICADOS

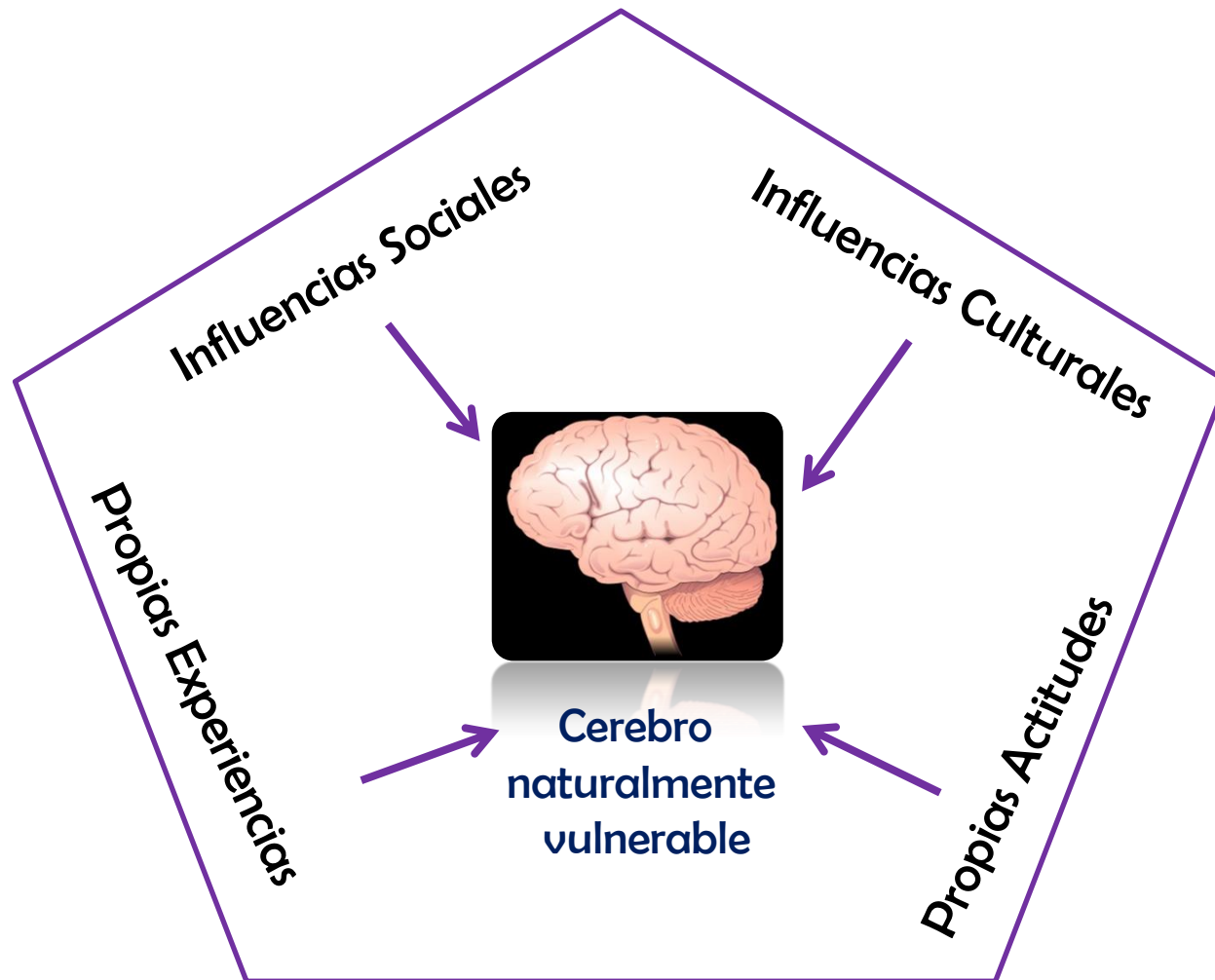
- Diversos polimorfismos, sin embargo, no han sido específicos (nuevos estudios no han replicado los resultados)
- Gen candidato más estudiado en TC: **Polimorfismo del promotor de MAO-A**
 - Gen codifica enzima MAOA implicada en el metabolismo de neurotransmisores asociados a agresividad en ratas



FACTORES INDIVIDUALES

- Complicaciones perinatales
- Temperamento difícil
- Alteración del lenguaje y bajo CI verbal
- Disfunción ejecutiva
- Reactividad autonómica disminuida
- Bajo procesamiento de la información y cognición social
- Padres con antecedentes de TC, consumidores de OH y drogas

LA ONDA MADURATIVA, tiene un ritmo y dirección natural que **puede cambiar**, al recibir el **impacto de las experiencias con diferentes personas, situaciones y conductas**



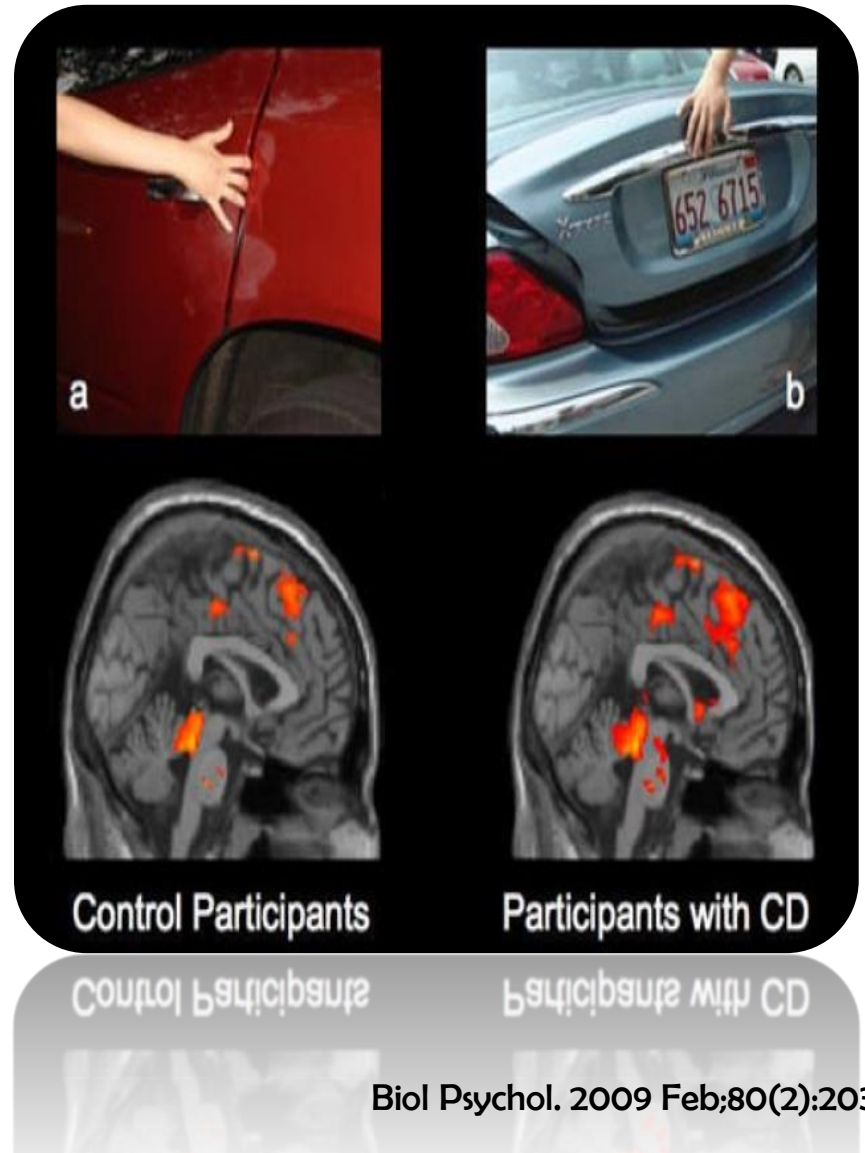
FACTORES INDIVIDUALES NEUROIMÁGENES

- Estudios con neuroimagen estructural en TC
 - Disminución del volumen de sustancia gris en el sistema paralímbico (corteza orbitofrontal, corteza cingulada anterior, corteza temporal superior) y en estructuras límbicas subyacentes.
- Estudios con neuroimagen funcional en TC
 - Conductas agresivas se asocian a anomalías funcionales de la corteza cingulada anterior frente a estímulos negativos, sugerente de disminución en el procesamiento emocional como base de la agresión.
 - Mayor activación de la amígdala frente a estímulos negativos.

FACTORES INDIVIDUALES NEUROIMÁGENES

RNM funcional

- Activación frente a imagen de situación dolorosa vs imagen de situación no dolorosa
- En TC y en controles → activación de la ínsula y corteza somato sensorial
- T. de Conducta
 - Mayor activación
 - Activación de la **amígdala y del estriado ventral.**



ETIOLOGÍA

FACTORES FAMILIARES

- Concentración de delitos en ciertas familias
 - Estudio señala que menos del 10% de las familias acumula más del 50% de los delitos en una comunidad
- Carga genética familiar
- Bajo nivel socio-económico
- Alteración del vínculo de apego. Apego desorganizado
- Habilidades de crianza escasa – castigo físico
- Exposición a conflictos de pareja y VIF
- Maltrato
- Antecedente de pat. psiquiátricas o consumo de drogas en la familia

RELACIONES INTRAFAMILIARES		TRASTORNO DE CONDUCTA	
PATRONES DE RELACIÓN		• Conflictos en varios subsistemas • Crítica destructiva, inculpación • <u>Abandono afectivo, desconfianza</u>	
RELACIONES CONYUGALES		• Conflictos severos y crónicos • <u>Relación destructiva, ruptura, VIF</u>	
RELACIONES PARENTALES		• Padres en competencia destructiva, inculpaciones • <u>Falta de acuerdos sobre límites y su ejercicio</u> • Padre gralmente. periférico, pero hipercrítico con la madre	
R. PARENTO FILIALES		• <u>Conducta de corrección hipercrítica, violenta y luego abandono</u> • Falta de ética y respeto	
R. FILIO PARENTALES		• Falta de respeto hacia el vínculo • <u>Omnipotencia</u> • El niño asume mensajes negativos en su identidad	
RELACIONES FRATERNAS		• Rechazo, inculpación • <u>Centralización, exclusión</u>	

ETIOLOGÍA

FACTORES SOCIOCULTURALES

- Riesgo social en el barrio
 - Socialización en el delito
- Influencia de pares
- Rechazo de pares en la infancia
 - Rechazo por pares sanos puede llevar a buscar contacto con niños con conductas disruptivas
- Grupo de pares promueve problemas de conducta en adolescencia
- Desempleo de los padres
- Falta de participación en actividades comunitarias





PATRONES DE DESARROLLO

PSICOPATOLOGÍA

TND → TC → T. DE P. ANTISOCIAL

- “...Permites (...) que sus costumbres se corrompan desde pequeños pero después los condenas, al llegar a hombres, por faltas que en su niñez eran previsibles. ¿Qué otra cosa es esto más que hacerles ladrones y condenarlos después?”

Utopía, Tomás Moro (1518)

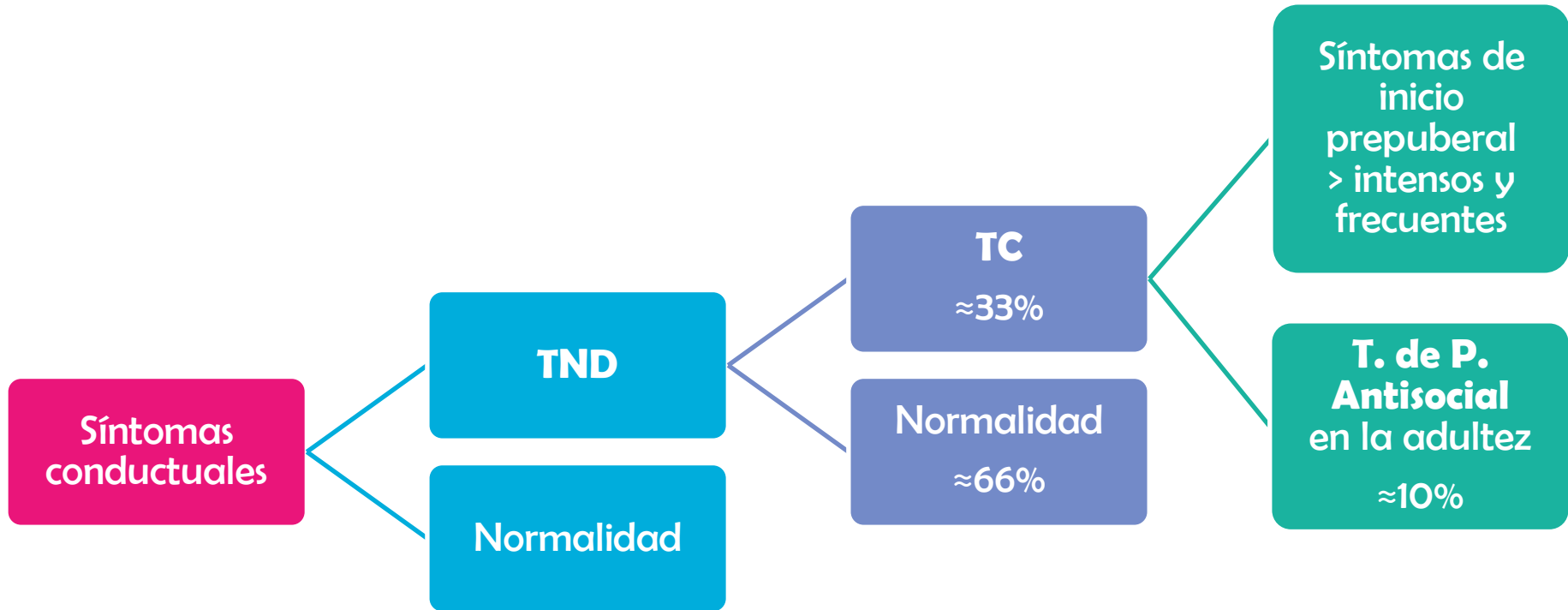
PSICOPATOLOGÍA

TND → TC → T. DE P. ANTISOCIAL

- Se ha encontrado empíricamente que las alteraciones emocionales y del comportamiento muestran gran estabilidad a lo largo del ciclo vital, siendo los trastornos externalizantes los que establecen un pronóstico más fiable y a su vez más negativo respecto a la salud mental y adaptación social en edades posteriores.
- Rasgos de personalidad → predisposiciones estables a comportarse y reaccionar emocionalmente de una determinada manera o según un patrón característico
 - Influidos por el ambiente tanto en su origen como en su mantenimiento.

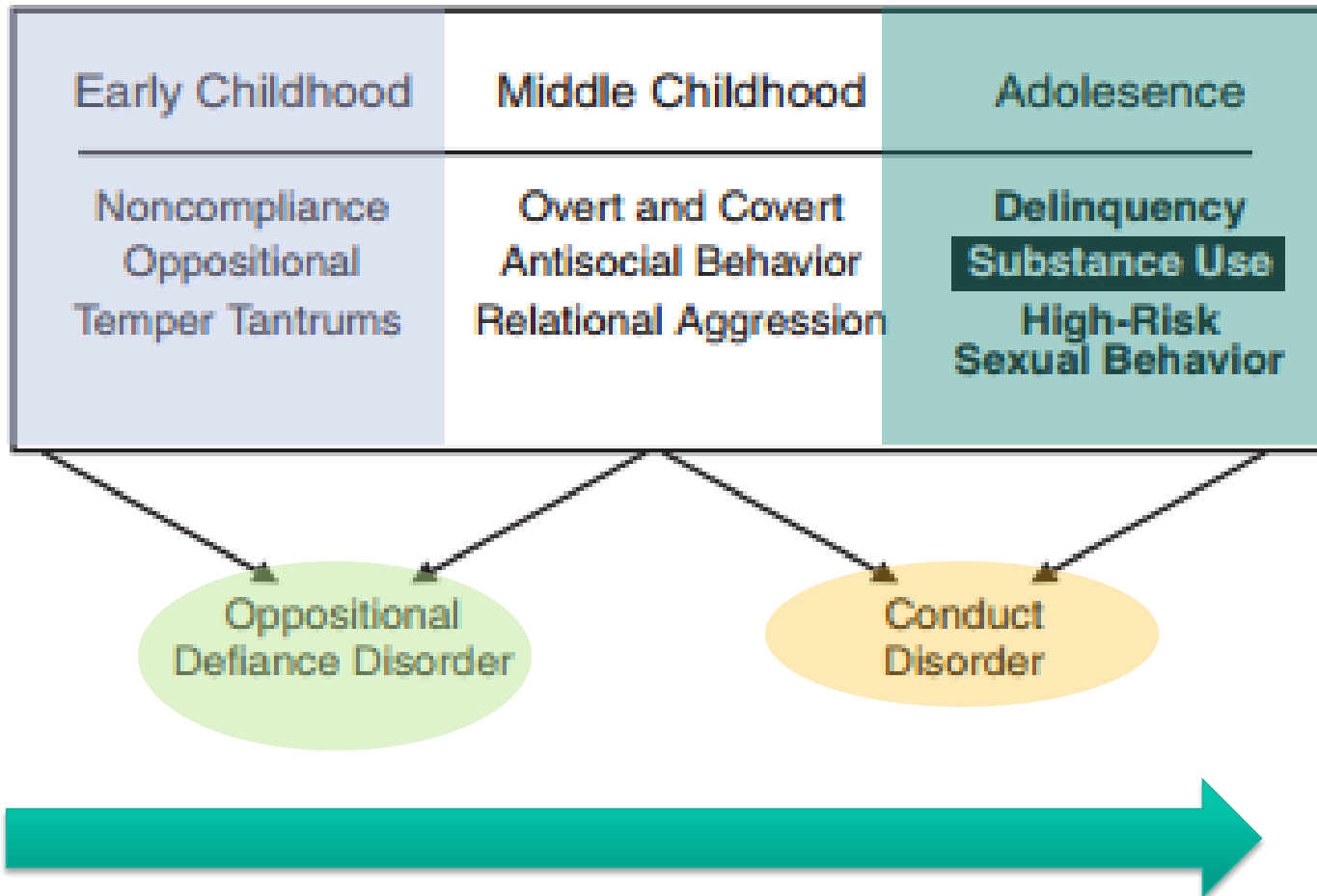
PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

PSICOPATOLOGÍA



- Relación compleja entre TND, TC y T. de P. Antisocial en la adultez.

PATRONES DE DESARROLLO



PATRONES DE DESARROLLO

TND + TDAH

- Facilitaría la aparición precoz de síntomas de TC y la transición de TND a TC
- También incrementaría riesgo de ansiedad y depresión
- Presentan:
 - Mayor variedad y severidad de síntomas de TC
 - Mayores niveles de psicopatología parental
 - Mayores conflictos con pares, padres y escuela
 - En general peor pronóstico
 - Inicio precoz, peor pronóstico que inicio en la adolescencia.

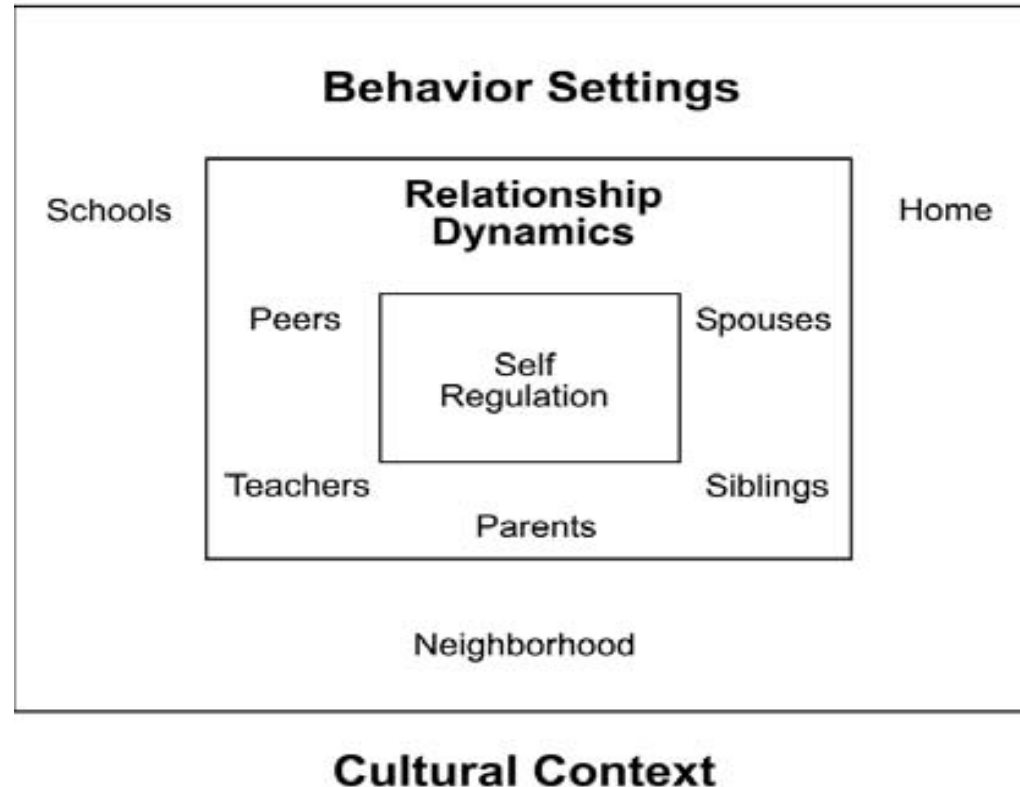
FACTORES AMBIENTALES Y RELACIONES

COMPORTAMIENTO DISOCIAL

- Las relaciones en la infancia y en la adolescencia

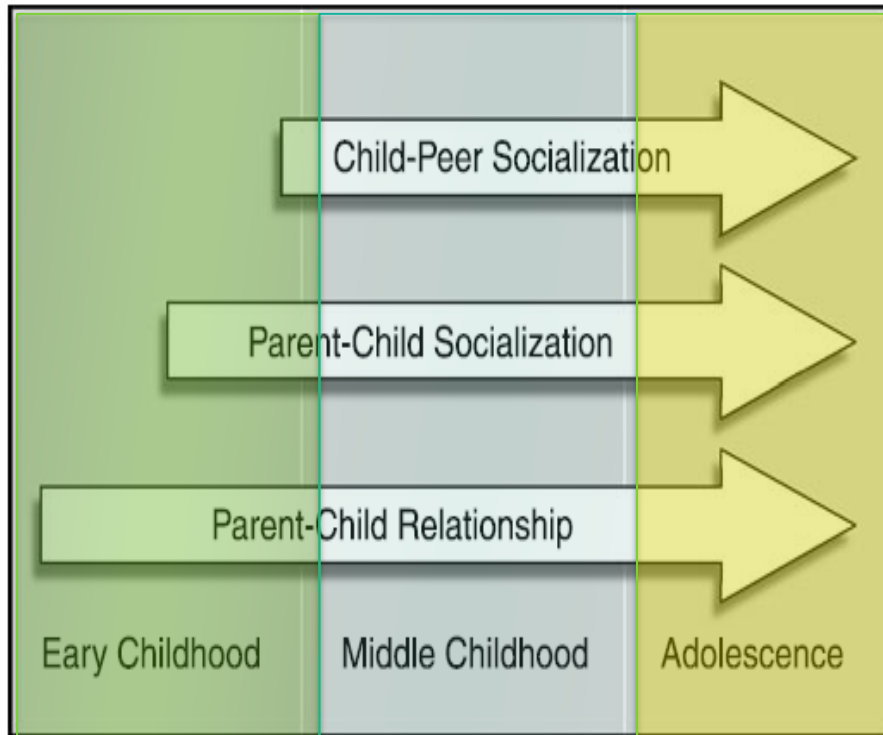


- Ecologías sociales básicas dentro de los cuales el comportamiento antisocial
- Se aprende
- Se intensifica
- Se suprime



FACTORES AMBIENTALES Y RELACIONES

COMPORTAMIENTO DISOCIAL



- La contribución de los padres y los compañeros para el desarrollo y el curso de comportamiento antisocial puede ser visto como un **proceso en capas**

FACTORES AMBIENTALES Y RELACIONES

COMPORTAMIENTO DISOCIAL

- Se ha prestado especial atención a la influencia que ejerce el **sistema familiar** de niños y jóvenes en el desarrollo de conductas delictivas.
- Características familiares que influyen en el desarrollo posterior de este tipo de comportamientos de riesgo:
 - Pobreza.
 - Involucramiento familiar en conductas delictivas.
 - Abuso y negligencia.
 - Gran tamaño de la familia (con más de 4 hijos).
 - Familias monoparentales.

COMORBILIDADES

- Tomados en conjunto **más de un 90%** de los individuos con TC cumplen criterios de otros trastornos.
 - **TDAH/ TND** (10 veces más vs. población infantil normal)
 - **Trastornos del Ánimo** (7 veces más vs. población infantil normal)
 - **Uso problemático de sustancias** (4 veces más vs. población infantil normal)
 - **Trastornos Ansiosos**
 - **Trastornos del lenguaje**
 - **Trastornos del aprendizaje**

TRASTORNO DE CONDUCTA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

	SEMEJANZA	DIFERENCIA
TND	Desobediencia Oposición figuras de autoridad	Sin la persistencia ni gravedad de comportamientos antisociales
TDAH	Comportamientos hiperactivos e impulsivos que pueden ser disruptivos	Sin la severidad ni transgresión a normas y violación derechos básicos de los otros
T. Adaptativo	Dificultades de conducta o problemas emocionales y conductuales juntos	Clara relación en su inicio con agente estresor
Comportamiento disocial en niñez y adolescencia	Comportamientos disociales	Conductas únicas no repetitivas Niños y adolescentes con desarrollo psicológico normal con familias funcionales
T. de Personalidad antisocial	T. Conductuales que persisten en el tiempo	Internalización de comportamientos Modo de relación consigo mismo, con los demás y con la realidad que es patológico y sostenido en el tiempo

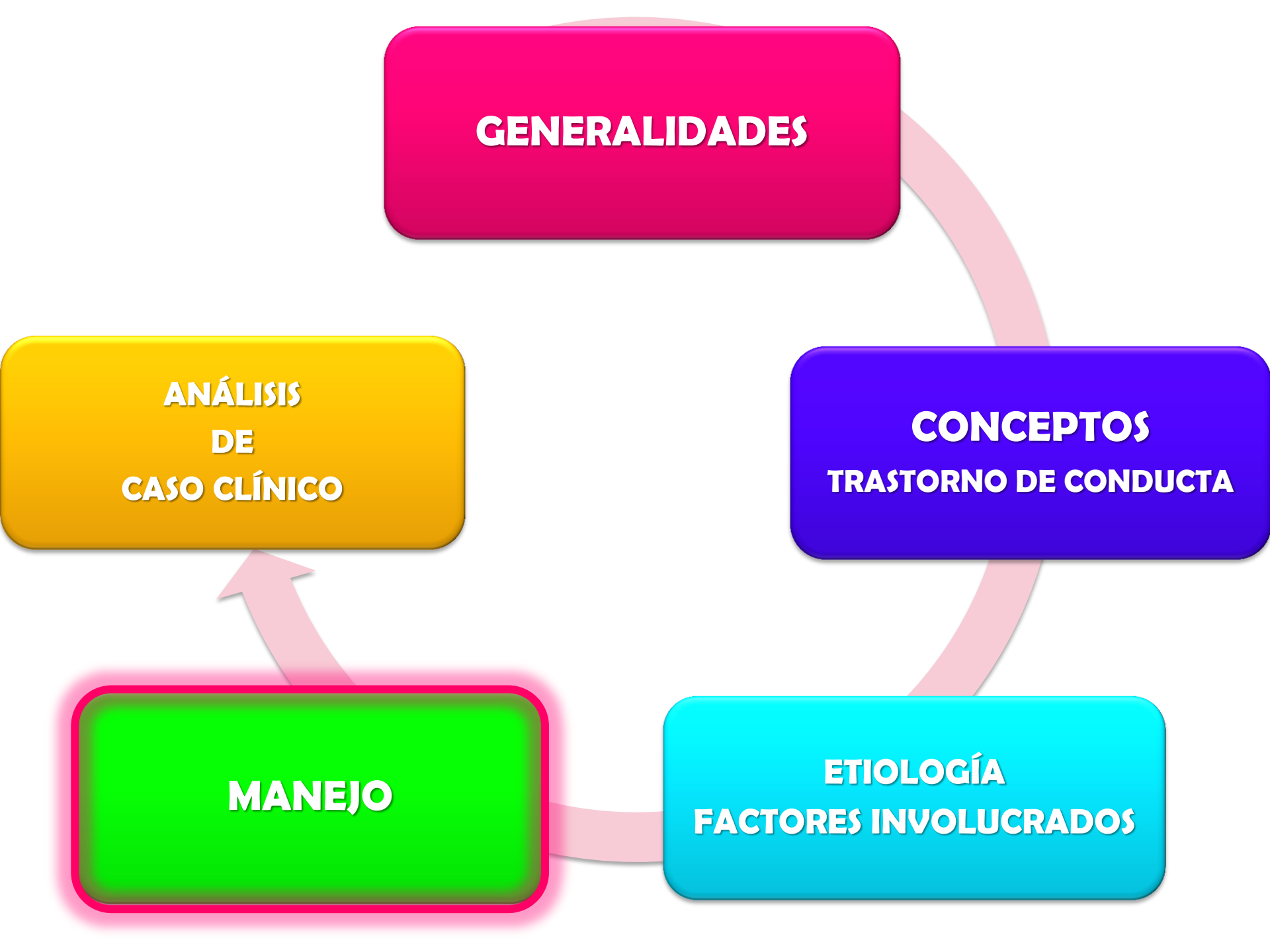
GENERALIDADES

**ANÁLISIS
DE
CASO CLÍNICO**

**CONCEPTOS
TRASTORNO DE CONDUCTA**

MANEJO

**ETIOLOGÍA
FACTORES INVOLUCRADOS**



TRASTORNO DE CONDUCTA

TRATAMIENTO

- Multimodal y sistémico

FUNDAMENTAL TRABAJAR CON LA FAMILIA Y EL AMBIENTE

- Conocer los patrones interaccionales recurrentes que mantienen o agravan el TC
- Mayor eficiencia y funcionalidad en el ejercicio de los roles parentales
- Diseñar estrategias de intervención considerando los subsistemas

RELACIONES	INTERVENCIONES
PATRONES DE RELACIÓN	Terapia multisistémica Abandono patrones destructivos Activar red extrafamiliar
RELACIONES CONYUGALES	Resolución conflictos Terapia de pareja Terapia multimodal
RELACIONES PARENTALES	Habilidades parentales Alianza parental
R. PARENTO FILIALES	Estabilidad y predictibilidad Consistencia de límites y reglas
R. FILIO PARENTALES	Potenciar cambios Reconocer esfuerzos, rechazar mensajes negativos
RELACIONES FRATERNAS	Aceptación Descentralización

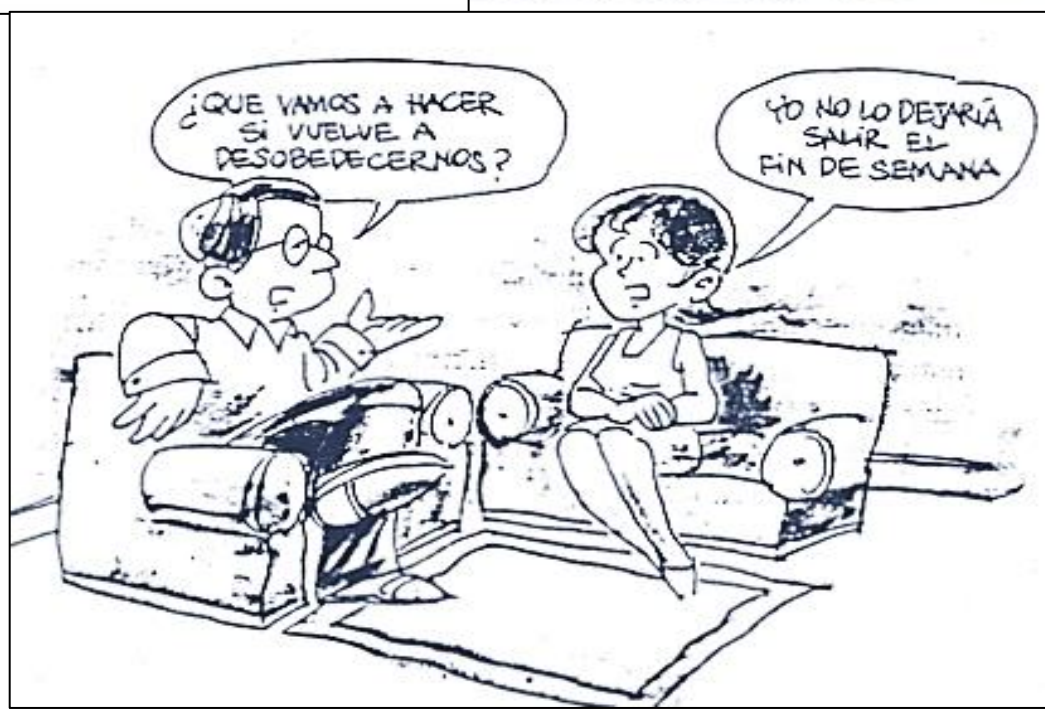
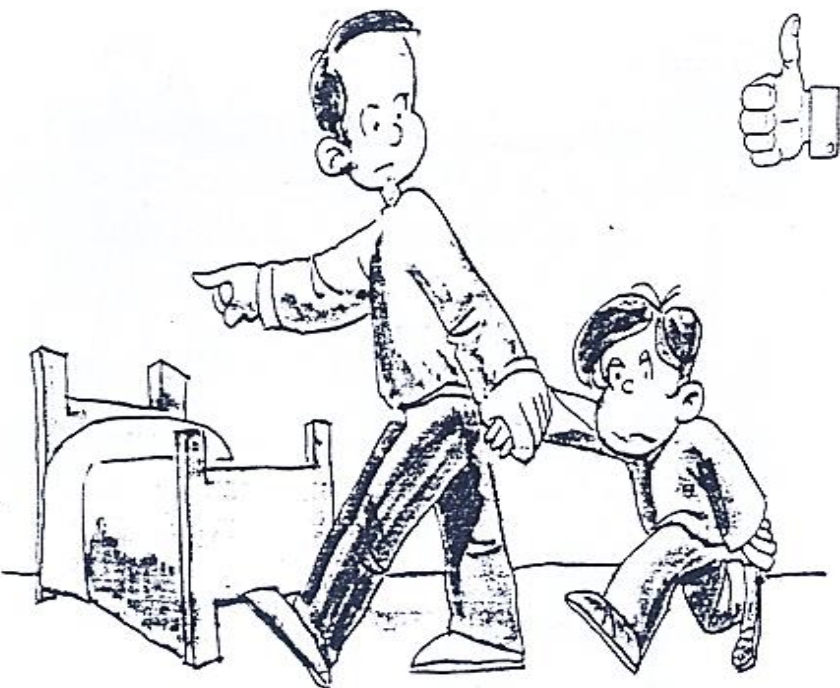


“Desde la más tierna infancia hay que aprender a poner límites a los hijos. Cuando la familia no lo logra, es muy probable que tampoco lo corrija la sociedad.”

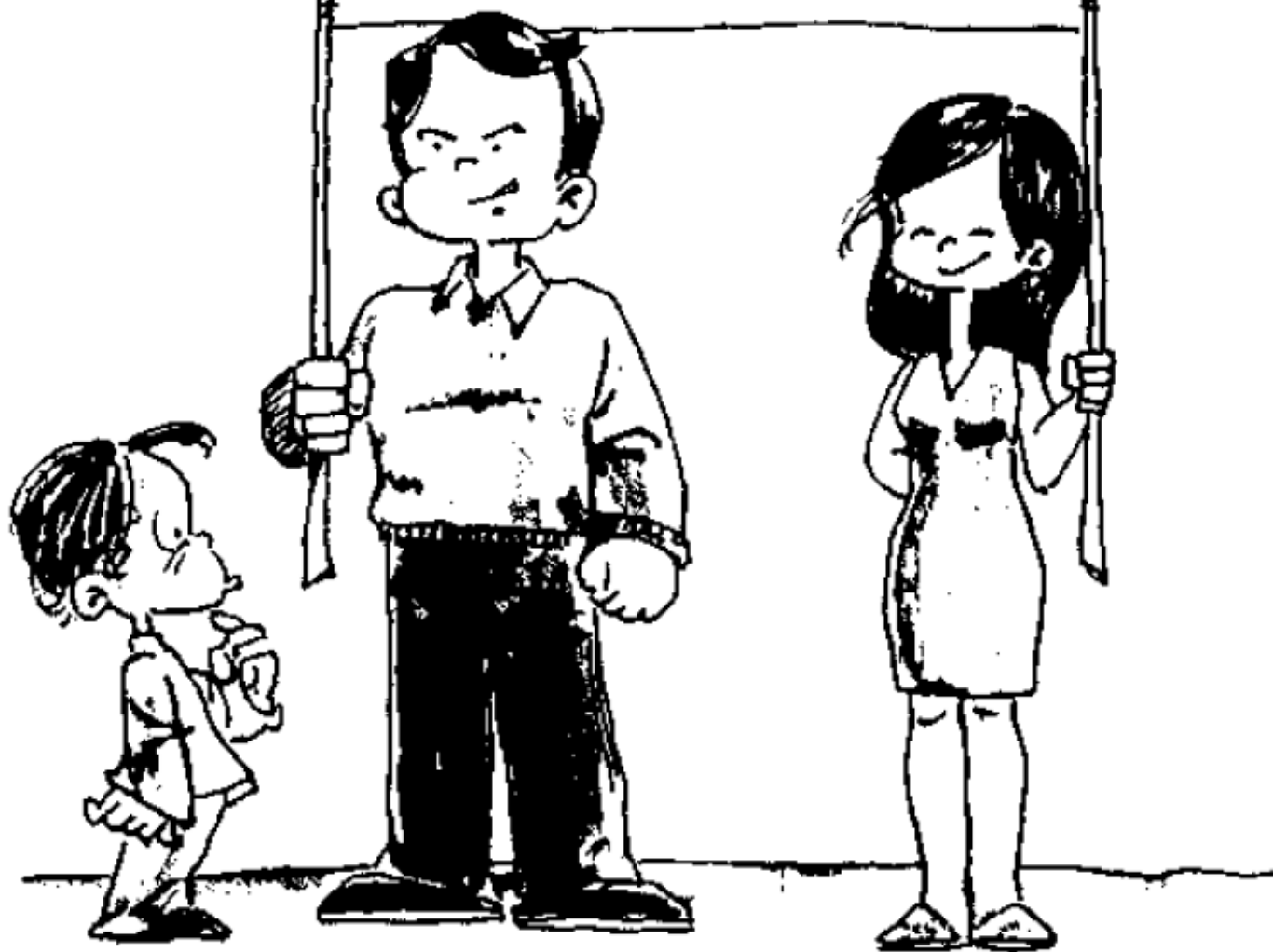
“Ternura y Firmeza con los hijos”. Alexander Lyford-Pike



“Las indicaciones en forma de pregunta, no sólo no transmiten claramente lo que se espera de los hijos, sino que además manifiestan falta de convicción, debilidad o inseguridad por parte de quien las hace”



TE QUEREMOS DEMASIADO
COMO PARA DEJAR QUE TE
PORTES ASÍ



TRASTORNO DE CONDUCTA

TRATAMIENTO

Intervención individual → Terapia cognitivo conductual y
Terapias de habilidades sociales con los siguientes objetivos:



TRATAMIENTO PSICOFÁRMACOS



TRATAMIENTO PSICOFÁRMACOS



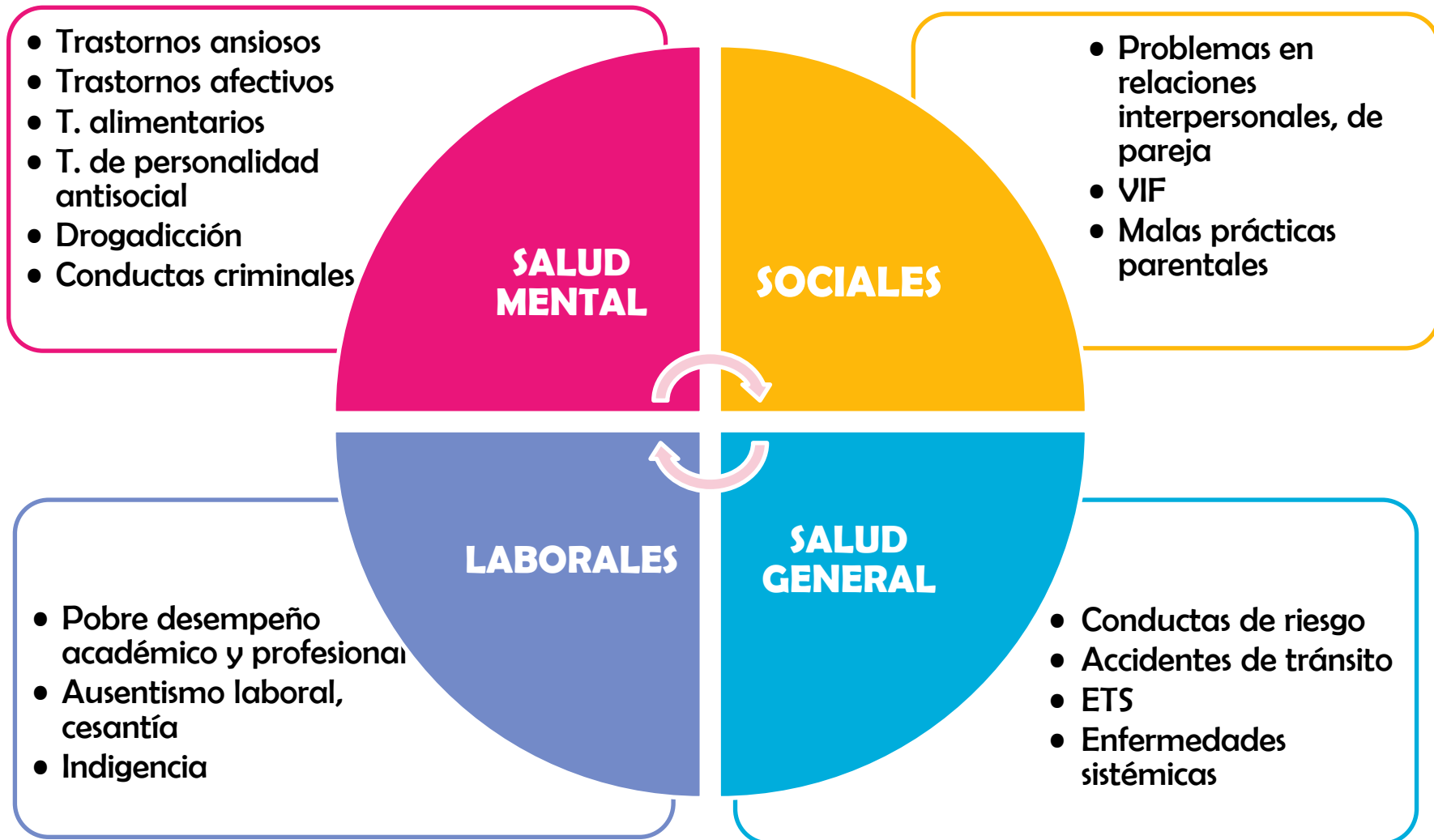
- En la actualidad no hay intervenciones farmacológicas aprobadas específicamente para TC.
- Escasos estudios controlados, muestras pequeñas.
- Fundamentalmente se han utilizado:
 - Antipsicóticos típicos/atípicos (Haloperidol, riperidona, quetiapina, aripiprazol)
 - Estabilizadores del ánimo (Litio)
 - Anticonvulsivantes (CBZ, fenitoína, ác. Valproico, topiramato, lamotrigina)
 - ISRS
 - Psicoestimulantes
 - Antiandrogénicos
 - B bloqueadores

TRASTORNO DE CONDUCTA PRONÓSTICO

- **Curso del trastorno es variable**
 - Remisión completa etapa adulta (iniciación adolescencia, leves a moderados)
 - Número de síntomas sería un buen indicador de la severidad del cuadro

DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO

CONSECUENCIAS EN LA ADULTEZ



GENERALIDADES

**ANÁLISIS
DE
CASO CLÍNICO**

**CONCEPTOS
TRASTORNO DE CONDUCTA**

MANEJO

**ETIOLOGÍA
FACTORES INVOLUCRADOS**



FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA

FACTORES	BIOLÓGICO	PSICÓLOGO	SOCIAL/ FAMILIAR	ENTORNO
Predisponentes (vulnerabilidad)	RCIU, PEG, RDSM, Epilepsia Sintomática, Trastorno de Lenguaje Mixto.	DI moderado. Relación Vincular entre madre e hija ambivalente.	Abandono del padre al enterarse de Embarazo. Familia Monoparental.	Bajo Nivel socioeconómico. Sin redes Familiares.
Precipitantes (Estresores)	Adolescencia Temprana	Se acentúa Relación Vincular ambivalente.	Inconsistencia de límites y reglas en el hogar. Madre sobrepasada con su trabajo, deja a K a cargo de su papá. Madre con Dg. de depresión en tto. Abuso Sexual intrafamiliar (padre).	La necesidad de trabajar por turnos lleva a la madre a conductas negligentes, además de aislamiento social.

FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA

FACTORES	BIOLÓGICO	PSICÓLOGO	SOCIAL	ENTORNO
Perpetuador (mantenedor)	T. De Leguaje y DI, le impide comunicar fluidamente su mundo interno.	La ambivalencia de la madre frente al abuso influye negativamente en el vinculo inestable.	Padre manipulador. Ambivalencia de la madre frente al abuso. Autoculpabilidad materna hacia sus hijos.	Estilo de trabajo.
Protector (Fortalezas)	Estabilización de patología Neurológica. Control de Crisis Epiléptica. Buena respuesta a intervenciones del Eq. Médico.	Conductas prosociales. Nivel de autovalencia moderado.	Hermanos se ven motivados a involucrarse y ayudar en el problema.	Activación de redes de salud, social, escolar y judicial.

COMENTARIOS

- Si bien la paciente presenta varios factores de riesgo presentes en los T. de Conducta, debemos tener en cuenta que según las distintas clasificaciones internacionales, el cuadro no cumple con todos los criterios diagnósticos necesarios, por lo que, más que constituir un trastorno determinado, el descontrol de impulsos representaría un síntoma y, a su vez, una señal de alerta de un cuadro mucho más complejo en el que estarían interactuando factores individuales, familiares y ambientales que deben ser explorados para una adecuada intervención.

WHAT YOU KNOW

WHAT SOME MIGHT KNOW

(and most really need to find out)

**WHAT YOU
REALLY SHOULD
KNOW**

**WHAT YOU
MAY NEVER KNOW**

THE UNKNOWN

