



I Congreso Virtual Internacional de Psicología

del 15 marzo al 14 de abril de 2017

TRASTORNO DEL CONTROL DE IMPULSOS. ANÁLISIS DE UN ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

Miguel Francisco Páez Pérez, Mercedes Serrano Álvarez, Rocío Lorenzo Martínez.

mipaez@hotmail.es

Trastorno del control de impulsos, agresividad, equipo multidisciplinar.

Impulse control disorder, aggressiveness, multidisciplinary team.

RESUMEN

Introducción

Desde un punto de vista psicológico, impulso es toda disposición hacia un modo de actuar, con finalidad de disminuir la tensión creada por el deseo, bien a causa de la intensidad del impulso o por disminución del autocontrol.

Caso Clínico

Varón de 18 años, sin antecedentes psiquiátricos, estudiante, con fluctuaciones en el rendimiento escolar, y es el tercero de dos hermanos gemelos.

Desde hace 4 años, es valorado por salud mental de dos Áreas de salud, ante conflictividad en el seno familiar y escolar desde los 14 años, tendencia al enfado, irritabilidad y agresividad. Los hermanos discutían con él y él reaccionaba con agresividad y sin control. Si no se le contradice se mantiene estable. El padre refiere no aguantar nada. Presenta problemas de comportamiento, en relación a imposición de límites, y que se traducen en ideas autolíticas, sintiéndose desplazado en relación con sus hermanos.

Exploración esfera psicológica

Abordable, ansioso

Labilidad emocional

Ánimo fluctuante

Tolera poco frustraciones

No clínica esfera psicótica

Dificultad para controlar impulsos, responde con alteraciones de conducta

Heteroagresividad con objetos y personas, dificultad acatar normas.

Niega ideación autolítica

Tratamientos prescritos

Aripiprazol, Ac Valpróico y Clonazepam

LA ALIMENTACIÓN Y SUS PERVERSIONES

Conclusión

Se presenta un caso de trastorno del control de impulsos y rasgos de personalidad patológica y pobre tolerancia a la frustración. Tras tratamiento recibido por un equipo multidisciplinar (psicólogos, psiquiatras, educadores y terapeutas ocupacionales) se logró una estabilidad conductual mantenida y reducción de su tratamiento médico, presentando comportamiento adecuado y sin conductas impulsivas.

ABSTRACT

Introduction

From a psychological point of view, momentum is any provision to a way of acting, with purpose to decrease the tension created by desire, well because of the intensity of the boost or decrease in self-control.

Clinical case

18 year-old male, no psychiatric history, student, with fluctuaciones in school performance, and is the third of twin brothers.

From 4 years ago, it is valued for mental health of two Areas of health, to conflicts in the bosom of family and school from the age of 14, tendency to anger, irritability and aggressiveness. The brothers argued with him and he reacted aggressively and out of control. If you are not in contradiction is stable. The father refers not to endure anything. It presents problems of behaviour, in relation to imposing limits, and that translates into suicidal ideas, feeling displaced in relation to his brothers.

Exploring psychological sphere

Approachable, eager

Emotional lability

Fluctuating mood

Tolerates little frustrations

No clinic expects psychotic

Difficulty controlling impulses, responds with conduct disorders

Heteroagresividad with objects and people, difficulty abide by rules.

Denies autolytic ideation

Prescribed treatments

Aripiprazole, Ac valproic and Clonazepam

Conclusion

A case of pathological control of impulses and traits of personality disorder, poor frustration tolerance is presented. After treatment by a multidisciplinary team (psychologists, psychiatrists, educators and occupational therapists) was achieved a stability maintained behavioural and reduction of your medical treatment, showing impulsive behavior and proper behavior.

LA ALIMENTACIÓN Y SUS PERVERSIONES

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

La impulsividad se define como una reacción no planificada y rápida frente a estímulos tanto externos como internos, en la que no se tienen en cuenta las consecuencias negativas de esta actuación para el propio individuo o para otras personas. La manifestación clínica de la impulsividad es variada, y una de las más destacadas es la conducta agresiva y/o violenta, aunque también existen otras formas de impulsividad sin agresividad. Así, en nuestro caso clínico, cuando hablamos de impulsividad lo hacemos desde dos perspectivas:

- A. Perspectiva social. Hace referencia a términos como violencia, conductas de riesgo y dificultades de adaptación social.
- B. Perspectiva clínica. Hace referencia a la salud mental y en esta visión se engloban el trastorno de personalidad, la hiperactividad, las adicciones, y los traumatismos cerebrales.

Los sujetos incluidos en esta clasificación, presentan las siguientes características:

1. Manifiestan incapacidad a priori para oponerse al impulso o tentación de llevar a cabo la acción, que es por principio perjudicial para sí mismos o para los demás. Sin embargo, hay que considerar que en ocasiones pueden resistir al impulso y otras veces parece que este es poco o nada impulsivo, ya que está previamente planeada la acción.
2. Suelen notar un aumento de la tensión o activación.
3. Mientras cometen el acto sienten placer, gratificación o liberación.
4. La acción es egodistónica en el sentido de que está en consonancia con los deseos conscientes inmediatos del paciente.
5. Después los sujetos pueden sentirse arrepentidos o culpables.

HISTORIA CLÍNICA

Llamamos impulso a una disposición vehemente hacia un modo de actuar, que puede tener la finalidad de disminuir la tensión creada por el deseo, bien a causa de la intensidad del impulso o bien por la disminución del autocontrol. Los trastornos del control tienen en común el intento de derivar experiencias negativas o efectos dolorosos, por medio de la actuación agresiva sobre el ambiente. De ahí la relación falta de control de impulsos/agresividad, siendo la impulsividad como uno de los predictores más importantes de la agresividad, como veremos en el siguiente caso clínico. Comentamos el caso clínico de un varón de 18 años, actualmente estudiante de la ESO en un instituto, y con fluctuaciones en el rendimiento escolar y problemas de aprendizaje. Vive en casa de sus padres, en una familia de nivel medio, siendo el menor de dos hermanos gemelos.

Como antecedentes personales destacamos los antecedentes patológicos y los antecedentes familiares.

LA ALIMENTACIÓN Y SUS PERVERSIONES

Motivo de la consulta

Agresividad

Antecedentes personales

Padeció las enfermedades propias de la infancia. Es intervenido de amígdalas y Hernia Inguinal y presenta Asma bronquial

Antecedentes familiares

Tía paterna, y primo presentan posible patología psiquiátrica (no diagnóstico ni tratamiento) según refieren. Dos familiares del padre tenían los mismos desplantes que el paciente (según refiere la madre).

Enfermedad actual

El paciente presenta una Historia desde hace 4 años, siendo valorado por unidades de salud mental de dos Áreas de salud y en centro de menores, por un equipo multidisciplinar formado por psiquiatras, psicólogos, educadores, orientadores y Terapeutas ocupacionales, junto con monitores de centro de menores. Es valorado en una primera instancia por su médico de atención primaria, y se deriva a psiquiatría ante cuadro de "PSICOSIS". Es valorado por Psiquiatría ante conflictividad en el seno familiar y escolar desde los 14 años. Reconoce que se enfada con facilidad, es irritable y es agresivo. Refiere que los hermanos se meten mucho con él y él reacciona con agresividad y sin control. Refiere "tener problemas para controlarse desde siempre...". El padre tiene pocos recursos y normalmente pone límites a base de violencia. Cuando él manifiesta ideas de querer quitarse la vida los hermanos reaccionan con mucha frialdad. Sus familiares insisten en que tiene demasiado genio. Existe una coalición Padre/paciente, y por otro lado madre y hermanos gemelos. Él se siente desplazado en la relación con los hermanos.

Refiere que tras un enfado se quería matar y que iba a coger el coche para ello. Se mantiene estable si no se le contradice. El padre refiere que no aguantaba nada. Presentaba momentos en los cuales no se quiere tomar la medicación y cuando se le insiste, hubo un momento en que se tomó más pastillas de las habituales. Presenta problemas de comportamiento, en relación a imposición de límites.

Acude en varias ocasiones a urgencias solicitando informes tras agresiones mutuas en el núcleo familiar. El niño no acepta el "no". No acepta las críticas, y la madre es bastante crítica con él. A veces experimenta conductas negativas (a comer y a participar). Es expulsado del instituto por insultos reiterados a profesores, aunque a la madre también le insulta. En la casa está muy desinhibido, teniendo verbalizaciones muy groseras.

Aceptó sin problemas ingresar en unidades de hospitalización salud mental. En una ocasión reaccionó diciendo que lo mandaran a un internado, para estar lejos de los hermanos (fue internado en una casa tutelada).

LA ALIMENTACIÓN Y SUS PERVERSIONES

Exploración física y funciones psíquicas

En la esfera psicológica encontramos a un paciente de fácil abordaje en la exploración física, presentado labilidad emocional en la consulta. El paciente presenta ánimo fluctuante y refiere presentar ansiedad contenida; en la comunicación presenta un discurso fluido y coherente a contexto. No existe clínica en la esfera psicótica y tolera poco las frustraciones con dificultad para el control de impulsos respondiendo con alteraciones de conducta, heteroagresividad con objetos y personas (en una ocasión llegó a coger un cuchillo amenazando); dificultad acatar normas sobre todo en medio familiar; niega ideación autolítica, En el descanso nocturno tiene un sueño regular y en el hábito alimentario presenta Apetito con tendencia a incremento

INFORMES DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

Se realizan analíticas de control con todos los valores dentro de la normalidad, más Control de pruebas de imagen TAC, sin hallazgos patológicos

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- Trastorno Límite y Trastorno Antisocial de la Personalidad.
- Agresividad en el contexto de otras enfermedades psiquiátricas como intoxicación por sustancias, Trastorno orgánico de la Personalidad, Psicosis, Delirium o Demencia

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

En relación a nuestro caso clínico y en función de la sintomatología que presenta nuestro paciente se encuentra dentro de lo que sería un TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE, al cumplir las siguientes características:

- Explosiones recurrentes de violencia, no debidas a otro trastorno mental, con agresiones desproporcionadas al factor estresante que desencadenó el episodio, acompañadas de remordimientos y autorreproches posteriores a la conducta.
- En los intervalos entre episodios no aparecen signos de agresividad.

TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS

En un principio se trató con Risperidona flas hasta 1 mg, Topiramato hasta 200 mg al dia, Atomoxetina 60 mg al día. Se suspendió por falta de respuesta, siendo su Tratamiento actual: Aripiprazol 15 mg, Ác Valproico 500 mg, y clonazepam 0,5 mg si ansiedad.

EVOLUCIÓN

Nos encontramos ante un caso de Trastorno del Control de Impulsos complejo por la variabilidad conductual que presentaba el paciente y la aceptación del tratamiento por éste y rasgos de personalidad patológicos con bajo insight y pobre tolerancia a la frustración. Se realizó

LA ALIMENTACIÓN Y SUS PERVERSIONES

tratamiento psicoterapéutico, farmacológico y de Terapia familiar a nivel de las unidades de salud mental infanto juveniles de dos áreas de salud, con una evolución favorable gracias a una intervención por un equipo multidisciplinar. Se logró una clara estabilidad conductual mantenida en él, siempre eutímico y adaptado, por lo que se redujo medicación de base paulatinamente e incluso retirada de algunos fármacos. Actualmente solo con aripiprazol y seguimiento por psiquiatría y psicólogos el paciente se encuentra bien, la relación con los hermanos es buena, al principio él pensaba que los hermanos no lo querían en casa, con la madre muy bien, acepta el "no", se enfada a veces pero entiende las cosas, se mantiene colaborador y comunicativo, con comportamiento y aspecto adecuados, y sin problemas emocionales. No refiere ideas autolíticas ni muestra conducta impulsiva.

La tendencia de este trastorno es hacia la cronicidad y es muy recidivante, pero con tratamientos combinados como ocurre en nuestro caso clínico, a través de un equipo multidisciplinar, se logra la evolución positiva de estos pacientes, aunque después de un largo tratamiento

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

El término impulso, de origen psicodinámico, manifiesta la disposición a actuar para disminuir la tensión de un instinto, o por el descenso de las defensas contra ellos. Los trastornos del control de los impulsos según DSM-IV, son un grupo diagnóstico heterogéneo en el que predomina la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás.

Una característica común es la sensación de tensión o activación interior previa, para pasar tras la consumación al placer, gratificación o liberación. Es frecuente el arrepentimiento, autorreproches o la culpa. Estos trastornos tienen en común el síntoma impulsivo intenso y mal adaptativo al que el individuo no sabe resistirse, como ocurre en nuestro caso clínico.

La clasificación de los trastornos con falta de control de impulsos se consolida como categoría diagnóstica en el DSM-III (1980), incluyendo inicialmente la cleptomanía, piromanía, juego patológico y trastorno explosivo intermitente. En 1987 (DSMIIIR) se añade la tricotilomanía. Según DSM-IV (1994) se incluyen:

- Trastorno explosivo intermitente: Existen episodios aislados de falta de control de impulsos agresivos (agresiones serias, destrucción de la propiedad...) que se manifiestan con ataques de ira desproporcionados al estímulo que los originan. Posteriormente suele haber arrepentimiento o autoreproche.
- Cleptomanía: Se caracteriza por el impulso irresistible de robar objetos, tengan o no valor. El robo no es premeditado.
- Piromanía: Es el impulso de provocar incendios por puro placer.
- Ludopatía (juego patológico): Conducta de juego persistente, recurrente y que produce disfunción psicosocial, familiar y económica. La necesidad de juego va en aumento.

LA ALIMENTACIÓN Y SUS PERVERSIONES

- Tricotilomanía: Falta de control del impulso de tirarse del pelo hasta arrancarlo provocando calvas. No hay disfunción psicosocial. Puede llegar a relacionarse con la tricofagia.
- Dermatilomanía: Urgencia compulsiva por rascar, excoriar o pellizcar la propia piel.
- Onicofagia: Hábito compulsivo de cortar o morder las uñas.
- Compra impulsiva: Impulso irresistible de compra espontánea, no premeditada.
- Síndrome de Acaparar de forma compulsiva: Tendencia a la acumulación de artículos u objetos en forma excesiva, incluso si los objetos no tienen valor, son peligrosos o insalubres.
- Trastorno del control de los impulsos no especificado: Se incluye para codificar los trastornos del control de los impulsos que no cumplen los criterios para cada uno de los trastornos específicos del control de los impulsos descritos antes.

El TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE, es un tipo de trastorno que presenta una Prevalencia en la población general del 1-5%, siendo en pacientes psiquiátricos del 6-7%. Sería el segundo TCI más frecuente, es superado por las compras compulsivas y se presenta mayoritariamente en hombres (80%), con una edad de presentación entre 14-18 años. En cuanto a su etiología, en el sustrato biológico existe una disminución del tono serotoninérgico. Existe Historia familiar positiva para TEI. En gemelos se ha demostrado que el 42-72% de la probabilidad de desarrollar este trastorno está determinada genéticamente. Existen antecedentes de TDHA en el 45% y de trastornos del aprendizaje en un 38%. Presenta elevada comorbilidad con trastornos afectivos y dentro de su relación con factores ambientales, encontramos el maltrato (abusos sexuales y/o negligencia en el cuidado). En cuanto a exploraciones neurológicas (EEG, Pruebas neuropsicológicas) encontramos alteraciones en el 65% de los pacientes.

Factores de Riesgo

- Maltrato en la infancia
- Ambiente familiar caótico
- Daño cerebral en la infancia
- Abuso de sustancias
- Trastornos psiquiátricos en el paciente o en sus familiares Dentro de su clínica debe cumplir:
- Dificultad para resistir un impulso o tentación que es dañino para el paciente o los demás.
- La conducta agresiva no es planeada y es desproporcionada con respecto a factor precipitante.
- El impulso se acompaña de una sensación de Tensión que aumenta rápidamente.
- El paciente no evalúa las consecuencias de su conducta violenta.
- El paciente puede agredir a otros físicamente, insultarlos o agredirlos verbalmente y puede llegar a la destrucción de propiedad.
- El episodio generalmente dura 30 minutos.

LA ALIMENTACIÓN Y SUS PERVERSIONES

- Posteriormente pueden sentirse fatigados y arrepentidos.
- Curso crónico o episódico.
- El trastorno está asociado a dificultades interpersonales, divorcio, pérdida de trabajo, etc.
- Pueden haber intentos de suicidio o autolesiones.

Para llegar a su diagnóstico utilizaremos los criterios diagnósticos contemplados en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales:

Criterios Diagnósticos DSM – IV -TR:

A. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.

B. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.

C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

Criterios diagnósticos DSM – 5

A. Arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, manifestada por una de las siguientes:

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.

2. Tres arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad

3. Agresión física con lesiones a animales u otros individuos, sucedidas en los últimos doce meses.

B. La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es bastante desproporcionada con respecto a la provocación o cualquier factor estresante psicosocial desencadenante.

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).

D. Los arrebatos agresivos recurrentes provocan un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales, tienen consecuencias económicas o legales.

E. El individuo tiene una edad cronológica de seis años por lo menos (o un grado de desarrollo equivalente).

LA ALIMENTACIÓN Y SUS PERVERSIONES

F. Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de 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, a un comportamiento agresivo que forme parte de un trastorno de adaptación no se le debe asignar este diagnóstico. Dentro de las Complicaciones asociadas con los trastornos del control de los impulsos podemos encontrar:

- Abuso del alcohol y otras sustancias.
- Depresión, unida a sentimientos de culpa.
- Ansiedad, problemas familiares, sociales y laborales.
- Problemas con la justicia

Abordaje terapéutico

En este tipo de pacientes se han utilizado los síntomas asociados y la comorbilidad como guía de tratamiento. Hemos utilizado tratamiento psicofarmacológico y psicoterapia. Se han utilizado IRSS, antipsicóticos y Benzodiacepinas, aunque también se podrían utilizar estabilizadores del estado de ánimo como el carbonato de litio, útil para reducir la agresión (agresión con componente afectivo). También, el Ác. Valproico se utiliza para reducir la agresión, incluso superando al litio (en pacientes maníacos). La carbamazepina disminuye la agresión, en pacientes con organicidad subyacente, y con trastorno explosivo intermitente. La fenitoína también ha demostrado ser eficaz.

En cuanto a los IRSS (fluoxetina), se reducen los puntajes de irritabilidad y tendencias agresivas. Dentro de este grupo, han demostrado eficacia la sertralina y la venlafaxina.

Por último, los antipsicóticos han sido utilizados, y en concreto sobre nuestro paciente, para el tratamiento a largo plazo, para tratar la agresividad, en este caso el aripiprazol, antipsicótico atípico que presenta bajo riesgo de aparición de extrapiramidalismo y discinesias tardías.

Intervenciones conductuales

La terapia conductual juntamente con el entrenamiento en las habilidades sociales, el tratamiento de tipo cognitivo conductual (grupal o individual) centrado en el control de la ira, la terapia grupal y la terapia familiar han sido de utilidad para controlar las conductas agresivas.

En algunos estudios, el tratamiento de la ira se ubica dentro de un marco multidimensional. Así, para controlarla deberían considerarse ciertos aspectos: intervenciones en las relaciones sociales, en donde la sesión (grupal o individual) se centra en la resolución del conflicto, previamente identificado. De esta manera, se les enseña a los pacientes a concientizar su ira y a estar más atentos frente a la aparición de signos fisiológicos asociados. Un entrenamiento más avanzado se centra en la inhibición de las reacciones impulsivas, lo cual se logra considerando las consecuencias que podría tener la agresión y generando conductas alternativas.

LA ALIMENTACIÓN Y SUS PERVERSIONES

Técnicas específicas: Reestructuración cognitiva, el uso de técnicas de relajación, entrenamiento de habilidades sociales y prevención de recaídas.

Recomendaciones para el abordaje de este tipo de pacientes

- Mostrar interés y respeto.
- Mantener la calma con baja reactividad y controlar nuestras reacciones negativas.
- Realizar un enfoque sistémico, centrado en la atención a la persona, valorando sus expectativas, opiniones, preferencias, temores, etc.
- Es difícil empatizar con estos pacientes y entender cómo pueden manifestar sus problemas y dificultades de forma no agresiva, pero no debemos olvidar que gran parte de este tipo de pacientes lo que tienen es una enorme carga de morbilidad y alta reactividad, por lo tanto se debe poseer gran paciencia y lapsos de silencio.
- Se aconseja a estas personas no utilizar alcohol ni drogas, pues pueden hacer que pierdan el control con más facilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson 2002
2. Tratado de psiquiatría II Edición , Ancora 2002
3. Claves diagnósticas y tratamientos. Ferri Consultor Clínico, 2006-2007
4. Manual de los trastornos mentales y estadísticos DSM-V