

## **TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO. UNA PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA.**

**Mara Parellada. Unidad de Adolescentes. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.**

El incumplimiento de las normas, la agresividad o la rebeldía, son aspectos de la vida sin una connotación patológica en sí mismos.

El desarrollo del individuo, tanto a nivel personal como social, la adaptación a la vida, la consecución de los roles esperados, la aceptación de la realidad personal y social, y la integración al entorno que a cada uno le toca vivir, produce una tensión en los individuos que puede expresarse a veces en forma de comportamientos agresivos, rechazo a las normas u otro tipo de comportamientos socialmente poco deseables.

Cualquier signo de comportamiento alterado analizado de forma aislada puede tener una justificación adaptativa. Solo la consideración del modo habitual de funcionamiento del individuo a nivel global y particular, el análisis de los comportamientos y las motivaciones para ellos, y la contextualización de los mismos, puede llevarnos a entender algunos comportamientos antinormativos en clave psiquiátrica.

Si en toda la patología es difícil establecer el límite entre lo normal y lo patológico, en los trastornos del comportamiento y otros trastornos de consideración psiquiátrica, esta delimitación se hace todavía más complicada.

De la misma manera que la fiebre habitualmente no es un trastorno sino un síntoma, los comportamientos perturbadores en muchas

ocasiones son un síntoma que expresa un trastorno de otra índole. La agresividad supone una forma de expresión común de muy diversas problemáticas y patologías. Algunas veces, sin embargo, nos encontramos con que el problema de comportamiento es la patología en sí misma, por muchos otros problemas acompañantes que haya a nivel social, ambiental o personal.

Cada individuo es el resultado de un conglomerado de genes, bioquímica, educación, valores, experiencias vividas, circunstancias sociales, históricas, etc. Los comportamientos y las actitudes son la resultante de la interacción de las demandas externas e internas a que se enfrenta la persona, con el registro de respuestas adquirido hasta ese momento en su trayectoria vital.

Con estas premisas, desde el punto de vista psiquiátrico se considera que los problemas de comportamiento son un trastorno psiquiátrico cuando hay un patrón persistente y ubicuo de conductas que trasgreden las normas sociales y las libertades de los demás, de una manera desadaptativa, no congruentes con la edad y estado madurativo del sujeto.

En un argumento circular y pragmático, dice Robert Goodman que los trastornos de conducta son un problema de salud mental cuando el psiquiatra o psicólogo es el profesional mejor preparado para atenderlos en un momento determinado. En ese sentido, aquellos problemas de comportamiento en cuya base haya una importante vulnerabilidad biológica o evolutiva, serán los que tengan una mayor consideración como trastorno mental.

En general, para hablar de patología, se asume que hay una pérdida de libertad del individuo para desplegar los síntomas que observamos. El problema de poner límites al diagnóstico es tan

importante como reconocer la patología. Por un lado, hay que evitar privar de tratamientos específicos a chicos cuyos problemas individuales se pueden beneficiar de un tratamiento médico, y por otro hay que evitar la psiquiatrización de comportamientos y situaciones que forman parte de la vida y de los procesos adaptativos normales.

La investigación cada vez aporta más datos de la importancia de elementos individuales para que un niño sometido a circunstancias familiares y experienciales desfavorables, desarrolle un trastorno de conducta o, por el contrario, se adapte sin síntomas, sobreviviendo a la adversidad. Así, factores como el temperamento, la capacidad intelectual, trastornos específicos del aprendizaje o la vulnerabilidad genética a determinadas enfermedades mentales, pueden ser determinantes para el desarrollo de un trastorno del comportamiento, y su evaluación en etapas tempranas puede permitir intervenciones preventivas en chicos/as de alto riesgo.

### ¿Qué no es un trastorno del comportamiento?

Por poner algunos ejemplos:

-Conductas criminales o delictivas intencionales, con una motivación externa o ganancia directa, o bien producto de un estilo de vida congruente con unos objetivos claros para cuya consecución el individuo tiene que comportarse de manera antisocial.

-Un comportamiento patológico aislado reactivo a una situación concreta que hace que se superen las capacidades del individuo para dar una respuesta adaptativa. Por ejemplo, actos pasionales puntuales en situaciones de una gran carga emocional para el

individuo, que ve por ello anuladas sus habilidades de afrontamiento sanas.

-Un comportamiento agresivo y oposicionista en un emigrante recién llegado, con dificultades con el idioma, sometido a la presión de una detención y una gran incertidumbre respecto a su futuro inmediato.

En conclusión, se delimitan los trastornos del comportamiento a aquellos casos de conductas antinormativas continuas, persistentes, que producen una desadaptación del individuo y que no responden a otro cuadro psiquiátrico de base con una jerarquía superior (por ejemplo, la agresividad desplegada por un enfermo psicótico, en general se considera parte de la psicosis o asociada a ella, no un trastorno de conducta independiente).

## TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

Una vez centrado el contexto a partir del cual podemos hablar de patología psiquiátrica, necesitamos categorizar el problema, en aras de diseñar respuestas terapéuticas específicas y eficaces.

Se habla de categorías diagnósticas cuando se encuentra que una serie de comportamientos se aglutinan por un pronóstico parecido, un tratamiento similar, y, en general, un origen común.

En las últimas clasificaciones psiquiátricas el consenso conseguido ha sido de un capítulo de trastornos de comportamiento de inicio habitual en la infancia, con tres categorías fundamentales, los trastornos disociales, los trastornos de hiperactividad y déficit de atención (TDAH) y los trastornos oposicionistas/desafiantes

(Clasificaciones DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría y clasificación de enfermedades de la OMS, CIE-10).

Además, se especifican otros trastornos mixtos con patología emocional importante, TDAH incompletos, y se consideran otras posibles categorías, como el trastorno explosivo intermitente.

Además de estos trastornos específicos, los comportamientos perturbados pueden ser la expresión sintomática de otros trastornos psiquiátricos o la expresión de dificultades adaptativas evolutivas o vitales.

Tras definir brevemente los trastornos de conducta específicos, pasaremos a un intento de diferenciar éstos con aquellos otros trastornos cuya expresión puede resultar similar, pero cuyo núcleo patológico es de otra índole.

El término "trastorno" se usa a lo largo de las clasificaciones para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como "enfermedad" o "padecimiento". Aunque "trastorno" no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos, en ausencia de trastornos individuales.

### Trastornos disociales

Se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas, mayores de las

que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en la que vive. Se trata por tanto de desviaciones más graves que la simple "maldad" infantil o rebeldía adolescente (CIE-10).

Los trastornos disociales suelen estar relacionados con un ambiente psicosocial desfavorable, entre ellos relaciones familiares no satisfactorias y fracaso escolar, y se presenta con más frecuencia en chicos.

Para el diagnóstico se debe tener en cuenta el nivel del desarrollo del niño. Las formas de comportamiento en las que se basa el diagnóstico pueden ser del tipo de las siguientes: grados excesivos de peleas o intimidaciones, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, provocaciones, desafíos y desobediencia graves y persistentes.

### TDAH

Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico requiere la presencia de ambos, que deben manifestarse en más de una situación (por ejemplo, en clase, en la consulta).

El trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión de que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra. Estos déficits en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del afectado.

La hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto, o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio.

Los trastornos hipercinéticos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida). Los niños hipercinéticos suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas por una falta de premeditación. Su relación social con los adultos suelen ser desinhibidas, con una falta de la prudencia y reserva naturales. Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje.

Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención.

### *Trastorno oposicionista desafiante.*

Viene definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobediente y provocador y la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley y los derechos de

los demás. Tienden a observarse estas conductas en niños menores de 9 ó 10 años. Los niños con este trastorno tienden frecuentemente a oponerse activamente a las peticiones o reglas de los adultos y a molestar deliberadamente a otras personas. Suelen tender a sentirse enojados, resentidos y fácilmente irritados por aquellas personas que les culpan por sus propios errores o dificultades. Generalmente tienen una baja tolerancia a la frustración y pierden el control fácilmente. Este tipo de comportamiento suele ser más evidente en el contacto con los adultos o compañeros que el niño conoce bien, y los síntomas del trastorno pueden no ponerse de manifiesto durante una entrevista clínica.

La diferencia clave con otros tipos de trastornos disociales es la ausencia de violación de las leyes o de los derechos fundamentales de los demás, tales como el robo, la crueldad, la intimidación, el ataque o la destrucción.

Es importante enfatizar el criterio temporal. Para hablar de cualquiera de estos trastornos el niño debe tener este comportamiento durante al menos 6 meses. Este criterio pretende detectar trastornos ya consolidados, no reacciones adaptativas que pueden evolucionar sin un tratamiento específico o con otro tipo de intervención.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

El diagnóstico de los trastornos del comportamiento debe considerar siempre la valoración de otras posibilidades diagnósticas y de todos los aspectos acompañantes a nivel orgánico, temperamental, familiar y social con una importancia determinante en el tratamiento y/o pronóstico.

Diagnóstico multiaxial de los trastornos psiquiátricos.-

<p><b>I. Trastornos psiquiátricos, trastornos generalizados del desarrollo y Trastornos de la personalidad</b></p> <p><b>II. Trastornos específicos del desarrollo</b></p> <p><b>III. Nivel intelectual</b></p> <p><b>IV. Trastornos orgánicos</b></p> <p><b>V. Condiciones psicosociales relevantes</b></p> <p><b>VI. GAF o C-GAF</b></p>
--

- El 37% de los chicos prepúberes con depresión mayor también tienen trastornos de conducta (Puig-Antich, 1982).
- Del 30 al 48% de niños con TDAH también tienen trastornos de conducta (Schachar, 1991).
- El motivo de consulta más frecuente en los centros de salud mental de atención ambulatoria infanto-juveniles es la sintomatología conductual.
- El motivo más frecuente de ingreso en las unidades de hospitalización psiquiátrica de los hospitales generales es la agresividad (tanto hacia los demás como hacia uno mismo). Sin embargo, los diagnósticos al alta de las mismas unidades solo en un 20-25% de los casos son trastornos de conducta.
- La forma de presentación y primeros síntomas que hacen que un joven con un síndrome de Asperger o un cuadro psicótico sea llevado al psiquiatra es en muchas ocasiones la agresividad.

Estas aseveraciones no son más que ejemplos de la importancia de analizar en profundidad a cualquier niño o adolescente con conductas antisociales o agresivas. La agresividad es una forma de comunicación de cualquier malestar, especialmente en individuos que se sienten amenazados o que no tienen recursos personales (cognitivos, madurativos, etc) para manejar la tensión psicológica.

Esto hace imprescindible evitar interpretaciones precipitadas sobre el origen de los comportamientos de los jóvenes, apelando a problemas familiares o sociales o educativos, sin tener en cuenta las características individuales concretas del sujeto.

Los cuadros psiquiátricos que con mayor frecuencia se presentan con conductas agresivas o antinormativas en niños y adolescentes son los cuadros afectivos (episodios depresivos y maníacos) y las psicosis. Los trastornos del desarrollo o los trastornos de la personalidad no diagnosticados antes de la adolescencia también pueden aparecer en ésta en forma de problemas de comportamiento. Cualquier otro trastorno psiquiátrico puede expresarse de forma inespecífica de la misma manera en sus inicios o en un momento de crisis vital, como supone la adolescencia en algunos individuos.

Diagnóstico diferencial de los trastornos de conducta.-

- Trastornos de conducta
  - TDAH
  - Trastorno negativista desafiante
  - Trastorno disocial
- Trastornos emocionales
  - Depresión
  - Ansiedad
  - Trastornos bipolares
- Reacciones adaptativas
- Trastornos generalizados del desarrollo
- Trastornos específicos del desarrollo
- Trastornos psicóticos
- Trastornos obsesivos
- Trastornos de la personalidad
- Otros

## PROYECTO ESPERI

Surge en el contexto de la observación de que la mayoría de los adolescentes que se atienden en los centros de acogida y/o tratamiento de la Fundación O´Belén presentan trastornos del comportamiento de muy distintos orígenes y que se llevan gestando en los jóvenes durante muchos años antes de que reciban una atención psiquiátrica y/o psicológica específica. Evaluando las historias personales de estos jóvenes, se observa la presencia de conductas anómalas y señales de alarma años antes de que reciban tratamiento. En muchos casos, cuando los adolescentes son atendidos, la patología está cristalizada, estructurada de una manera ya difícil de modificar.

Sabemos por las investigaciones de seguimiento de menores con trastornos del comportamiento que una de las principales variables que pueden mejorar el pronóstico de los mismos es la detección y tratamiento precoces. Dejados a su propia evolución, los chicos con trastornos del comportamiento con frecuencia evolucionan a adultos con trastornos de la personalidad, consumo de alcohol o tóxicos, continúan mostrando trastornos de conducta o, en el caso de las mujeres, presentan trastornos afectivos. La gravedad de los trastornos, la cantidad de conductas antisociales diferentes capaces de desplegar o la edad de inicio, son otros aspectos importantes de cara al pronóstico.

En este contexto de conocimiento, surge el proyecto ESPERI, con una primera intención de crear un instrumento de valoración aplicable en las escuelas para detectar, lo más tempranamente posible, a aquellos jóvenes que empiezan con problemas de comportamiento.

Se inicia el desarrollo, por tanto, de un instrumento completo que permita, de forma masiva, detectar chicos y chicas con un problema incipiente, hacer una primera categorización del tipo de problema que tienen en los dominios sintomáticos que han demostrado tener especificidades pronósticas y terapéuticas, y valorar la intensidad del problema. Con todos estos datos, se pretende hacer una primera aproximación a cada chico con problemas ofertando a las familias, educadores y a los propios chicos, información, derivación a dispositivos especializados o medidas terapéuticas.

Existen en el mercado psicológico distintos instrumentos de evaluación de problemas del comportamiento y psicopatología en general. Entre ellos, los de mayor difusión son, entre otros, el Conners Rating Scale, el Child Behaviour Checklist, el Strengths and Difficulties Questionnaire. La decisión de crear un instrumento nuevo como medida inicial del proyecto ESPERI se basa en los siguientes argumentos:

- los cuestionarios existentes se centran en síntomas conductuales, de inatención e hiperactividad, no incluyendo otras variables relevantes para el pronóstico y tratamiento. Se crea con el Cuestionario ESPERI un instrumento capaz de categorizar los problemas existentes en una serie de dominios sintomáticos que acerquen la valoración inicial al diagnóstico. Así, de cada valoración emergen cinco índices: conducta predisocial, conducta disocial, conducta impulsiva, hiperactividad/intención y psicopatía. En el grupo de niños más pequeños, se busca una aproximación a la conducta oposicionista específicamente.

- se construye el cuestionario de manera que en su puntuación emerja un índice de gravedad, que oriente sobre la orientación terapéutica necesaria.

-se construye un instrumento autoaplicado que permita la administración a grandes grupos de jóvenes.

En definitiva, se trata de un cuestionario que se aplicará de forma generalizada en las escuelas, para detectar y categorizar los problemas existentes de comportamientos perturbadores. En paralelo con el desarrollo del instrumento de evaluación, se está recogiendo información sobre posibles herramientas de intervención para los distintos problemas detectados, ya sean intervenciones para realizar en la familia, en la escuela o que precisen la derivación a recursos especializados. La detección y especificación de la problemática generará una demanda que se podrá especificar permitiendo el desarrollo de recursos de intervención claramente carentes para atender a la población de niños y adolescentes en nuestra población.