

ALTERACIONES DE LA CONDUCTA

Por Alan E. Kazdin

(1) CONCEPTO Y DEFINICIÓN DE ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA

El comportamiento antisocial en la infancia incluye gran variedad de actos, por ejemplo: peleas, destrucción de la propiedad, mentiras, hurtos y fugas; que son normales en distintas etapas desarrollo tendiendo a disminuir con el tiempo y siempre que no interfieran en la vida cotidiana o tengan consecuencias adversas en la edad adulta.

Consideramos que el niño o el adolescente desarrollan un comportamiento antisocial si el deterioro del funcionamiento diario en la escuela o en casa es importante, o cuando las figuras significativas del entorno del niño lo viven como un comportamiento incontrolable. Por lo tanto, el término "alteración de la conducta" se reserva para aquel comportamiento antisocial que es clínicamente significativo y que traspasa claramente la esfera del funcionamiento normal.

Consideraremos los siguientes rasgos o características para definir la existencia de una conducta alterada.

1.1) CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

El patrón de comportamiento es **CONSTANTE** y se **VIOLAN** los **DERECHOS AJENOS** y las **NORMAS** adecuadas a la edad.

Los actos aislados como: agresión física, destrucción de la propiedad, robo e incendio, son suficientemente graves por si mismos como para ocuparse de ellos, aunque pueden aparecer de forma aislada, algunos aparecerán probablemente formando parte de un síndrome.

La definición que aquí se presenta se refiere a la constelación de síntomas antisociales severos mencionados anteriormente, que es distinta de la categoría diagnóstica "trastorno de la conducta" de DSM-III-R y DSM-IV, que establece el diagnóstico cuando el niño o el adolescente presenta al menos tres de los trece síntomas listados a tal efecto durante al menos 6 meses.

Los comportamientos antisociales descritos en la "constelación" de comportamientos se identifican y correlacionan con el funcionamiento del niño, de los padres y de la familia, y exceden los reconocidos para el diagnóstico, por lo que cobra importancia la distinción entre el patrón de comportamiento y el diagnóstico.

1.2) RASGOS RELACIONADOS.

1.2.1) Características de individuo.

- Los individuos que reúnen los criterios para presentar alteraciones de la conducta, probablemente también reúnen criterios para otras alteraciones,

especialmente para: trastorno desafiante-oposicionista, trastorno por déficit de atención – hiperactividad.

- Probablemente estos individuos muestran un nivel de comportamiento alterado que superan los actos antisociales incluidos en los criterios diagnósticos del trastorno de la conducta.
- La alteración de la conducta engloba diversas áreas del comportamiento: los niños que presentan alteración de la conducta tienen mayor probabilidad de mostrar deficiencias académicas (como reflejan los niveles de estudios conseguidos antes de abandonar la escuela, el abandono escolar, y las deficiencias en áreas concretas como la lectura), empobrecimiento de las relaciones interpersonales (se refleja en las escasas habilidades sociales en relación con los coetáneos, adultos y por los altos niveles de rechazo por parte de los compañeros), alteraciones en los procesos cognitivos y atributivos (distorsiones en las habilidades de resolución de problemas cognitivos, atribución de hostilidad hacia los demás, desconfianza y resentimiento hacia los demás).

1.2.1) Características parentales y familiares.

- Alcoholismo y comportamiento criminal (especialmente del padre).
- Actitudes y prácticas disciplinarias, especialmente erráticas e inconsistentes.
- Relaciones disfuncionales, que se traducen en falta de soporte emocional, de afecto, de unión y de aceptación de los hijos.
- Las relaciones familiares se caracterizan por: una comunicación defensiva entre los miembros de la familia, una menor participación en las actividades familiares y una actitud dominante evidente por parte de un solo miembro de la familia.
- Las relaciones parentales son conflictivas, agresivas e infelices.
- La supervisión, seguimiento y conocimiento de las actividades infantiles son escasas o inexistentes.

1.2.3) Características del entorno.

- Condiciones de vida adversas como: familias de gran tamaño, pobreza, y escasas infraestructuras docentes.
- Estas condiciones estresan a los padres o disminuyen su umbral para manejar los stressores cotidianos. Esto tiene un efecto de red en la interacción de padres e hijos, engranándose con patrones que sostienen o aceleran las interacciones antisociales y agresivas.

Hay una relación chico –padre –familia –contexto que incluye influencias múltiples y recíprocas que afectan a cada participante y a los sistemas en los que operan (familia, escuela). Esta relación permite marcar metas para las intervenciones (prevención y tratamiento)

(2) MEDICIÓN DE LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA

Hay varios tipos de medidas que están dedicados exclusivamente a estudio del comportamiento antisocial.

2.1) SELECCIÓN DE LOS DISTINTOS TIPOS DE MEDIDA

2.1.1) Autocontestados.

Aparentemente los cuestionarios contestados por los propios adolescentes o niños carecen de valor porque los niños quizás no perciben sus comportamientos como inusuales o problemáticos o bien encubren estos comportamientos para evitar el castigo. En realidad, los comportamientos antisociales se identifican fácilmente a través de estos cuestionarios. La validez se ha comprobado mediante estudios que muestran que este tipo de cuestionarios es capaz de predecir los arrestos, problemas de adaptación educativa, laboral y marital.

Hay pocas medidas auto-contestables disponibles para valorar los problemas de conducta. Entre ellas destacan:

- **CATS** Children's Action Tendency Scale (Deluty 1979). Edad de aplicación entre 6 y 15 años. Puntúa: agresividad, asertividad y sumisión.
- **AASBC** (Adolescent Antisocial Self-Report Behaviour Checklist (Kulik 1968). Edad de aplicación: adolescencia. Puntúa especialmente la delincuencia, el uso de drogas, el desafío parental y la agresividad.
- **SRDS** Self-Report Delinquency Scale (Elliot y Ageton 1980), Edad de aplicación : 11-12 años. Puntúa: comportamiento delictivo, consumo de alcohol y drogas y problemas relacionados.
- **MMPIS** Minnesota Multiphasic Personality Inventory Scales (Lefkowitz 1977). Edad de aplicación: adolescencia. Puntúa múltiples áreas de la psicopatología
- **IA**. Interview for Aggression (Kazdin y Esveldt-Dawson 1986). Edad de aplicación: de 6 a 13 años. Presenta escalas que valoran la severidad y la duración (juntas y por separado) de la agresividad. Se valoran por separado los comportamientos abiertos y encubiertos.
- **CHI** (Children's Hostility Inventory (Kazdin 1987). Edad de aplicación: de 6 a 13 años. Incluye factores relacionados con actos "abiertos" (agresión). Se ha demostrado por ejemplo que en el CAT la medida de la agresividad se correlaciona con las apreciaciones de los maestros y compañeros, y que permite diferenciar los escolares agresivos de los no agresivos y refleja los cambios tras el tratamiento de comportamiento antisocial. Se necesita más investigación para proporcionar escalas de evaluación.

2.1.2) Contestados por personas del entorno.

Entendemos como personas del entorno: padres, maestros y terapeutas. Son las más usadas. Puede existir un sesgo parcial en los tipos de problemas de conducta que estas escalas permiten evaluar. Los comportamientos abiertos como: Provocación, peleas y discusiones probablemente se detectan con mayor facilidad por padres y maestros que los encubiertos como robar, abuso de sustancias, o comportamiento en bandas.

- **ECBI** (Eyberg Child Behavior Inventory, Eyberg and Robinson 1983). Edad de aplicación de 2 a 17 años. Está diseñado para detectar un amplio abanico de problemas de conducta en casa. Muchos de los ítems valoran el rechazo y otros comportamientos oposicionistas que molestan a los padres.

Ofrece dos escalas que valoran el número de y la intensidad de los problemas. Esta escala merece consideración a parte por el alcance de las evidencias encontradas.

La evaluación psicométrica indica que tiene una fiabilidad (consistencia interna y fiabilidad en el re-test) y validez (criterio, convergencia y discriminación) adecuadas. La versión para los profesores es muy importante porque éstos observan al individuo durante mucho tiempo y en situaciones muy diferentes (clases estructuradas, otras actividades académicas, sociales y de recreo), y puede evaluar al alumno en el contexto de sus amistades, cosa que no siempre pueden valorar los padres.

- **SESBI** (Sutter-Eyberg Student Behaviour Inventory, Funderbruk y Eyberg 1989). Es paralela a la anterior de la que se modificaron algunos ítems para crear una escala para profesores que evaluara los problemas de comportamiento en la escuela. Edad de aplicación de 2 a 17 años. Tiende a focalizar más en los problemas molestos que en las formas severas de los actos antisociales.
- Las alteraciones de la conducta también se incluyen en las escalas de puntuación multidimensionales que cumplimentan padres y profesores. Una de las escalas más usadas es el **CBCL** (Child Behavior Check List de Achenbach en versión para padres y para profesores). Estas escalas se han evaluado por separado para chicos y chicas en distintos grupos de edad en muestras de la población general, por lo que permite evaluar la situación de casos individuales y compararla con la de los semejantes que no han sido derivados para tratamiento. Dado el extenso uso de estas escalas multidimensionales se han generado datos suficientes como para avalar su fiabilidad y validez. Los datos generados permiten la comparación de muestras clínicas y no clínicas y la valoración de la variación de los síntomas en función de la edad, el género, la clase social, y otras variables demográficas.

2.1.3) Evaluación de los compañeros.

En la clasificación hecha por los compañeros hay que destacar la realizada por los compañeros "importantes". Suelen consistir en distintas maneras de preguntar a los compañeros sobre aquellas personas que manifiestan características personales como por ejemplo agresividad. Se les pregunta sobre quién es en clase el que se mete en más peleas, o quién empieza a pelearse por cualquier cosa. El consenso del grupo de colegas probablemente reflejará la consistencia del comportamiento y las características estables a lo largo del tiempo. De hecho, las evaluaciones de los compañeros en la escuela elemental del comportamiento agresivo se correlacionan años más tarde con el comportamiento antisocial.

Las evaluaciones de la dimensión social se correlacionan con las evaluaciones independientes de adaptación social. La utilidad clínica de estas escalas es limitada, están más indicadas en estudios del comportamiento antisocial y proyectos de intervención en el ámbito escolar.

- **PNA** (Peer Nomination of Aggression Lefkowitz et al 1977). Edad de aplicación de 3 a 13 años. Refleja la reputación del chico entre sus compañeros respecto a la agresividad.

2.1.4) Evaluación directa.

Las claves de la observación directa son: la definición cuidadosa de comportamiento, la identificación de las situaciones en que el comportamiento se observará, el uso de observadores entrenados para registrar los comportamientos y asegurándose de que la conducta se observa de forma fiable y cuidadosa.

La ventaja de las observaciones directas es que proporcionan muestras de la frecuencia real o de la existencia de comportamientos pro-sociales o antisociales particulares. Uno de los inconvenientes es que los actos encubiertos (robos, uso de drogas, incendios, promiscuidad sexual) no pueden observarse. Incluso la observación directa puede influir en su interpretación.

- **FICS** (Family Interaction Coding System, Patterson 1982) Esta medida se ha diseñado para evaluar los comportamientos agresivos, sus antecedentes y consecuencias con los que se asocian. Edad de aplicación de 3 a 12 años. Los comportamientos individuales se observan y se resumen en una escala de comportamientos aversivos. Se han codificado 29 comportamientos como presentes o ausentes en cada uno de unos intervalos de tiempo a lo largo de un período de tiempo aproximado de una hora. Se incluyen comportamientos del chico pro-sociales y desviados (obedecer peticiones, atacar a alguien, gritar) y los comportamientos de los padres (jugar con el niño, aprobación, humillaciones). Se han utilizado poco, para programas de investigación específicos, porque son de aplicación compleja, requiere observadores bien entrenados y no permiten un uso muy extendido.
- **PDR** (Parent Dially Report, Chamberlain y Reid 1987) Lo responde el padre al que se cita a diario durante un periodo de 6 a 10 días. Cada día se repasa una lista de comportamientos con el padre. Tiene la ventaja de no incluir un observador externo y de poder especificar la existencia de comportamientos en concreto durante un periodo de tiempo específico. Esta medida se basa en impresiones de los padres, lo que el chico cuenta, lo cual puede distar de lo que realmente haya sucedido. Esta medida ha demostrado ser fiable, tener consistencia interna y correlacionarse moderadamente con las observaciones directas del FICS. También refleja los cambios asociados con las intervenciones realizadas para reducir el comportamiento antisocial.

La ambigüedad de esta medida viene condicionada por baja correlación con las observaciones directas y cuando hay una baja coincidencia interparental.

2.1.5) Registros institucionales y sociales.

Nos referimos a situaciones como la asistencia a clase, suspensiones o expulsiones de la escuela, contacto con la policía o arrestos. Este tipo de registro es extremadamente importante porque representa la medida socialmente significativa del impacto de los problemas, aunque hay una importante infraestimación de este tipo de conductas.

Uno de los inconvenientes de este tipo de medidas es que la mayoría de los comportamientos antisociales o delictivos no se observan o no se registran. De hecho se calcula que 9 de cada 10 actos ilegales no se detectan.

2.2) EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Repasando los retos de la evaluación que pueden afectar a la interpretación de la evaluación de las disfunciones en los jóvenes destacaríamos las siguientes:

- La evaluación suele implicar a múltiples fuentes de información: a los chicos, los padres y los maestros. Cada fuente de información suele mostrar niveles de correlación moderados o bajos con las demás, cada una de ellas es válida desde el momento en cada una posee validez de concurrencia y predicción. El reto para la investigación y la clínica consiste en saber cómo dependen unas de otras y en saber integrarlas.
- De todos los informadores los padres son los más consultados en el caso de los niños escolares. Aunque están en una excelente posición para referir el comportamiento de sus hijos, sus evaluaciones no pueden asumirse como libres de influencias o sesgos. Están influidas por la psicopatología de los padres, el stress o las desavenencias maritales y algunas veces fallan en la detección de problemas detectados mediante las referencias de los propios chicos o de la observación directa.
- El modelo de disfunción es que los síntomas residen en cada individuo. Hay una especificidad situacional que pone de manifiesto cuestiones sobre el diagnóstico de las alteraciones y de la presencia de síntomas. Las correlaciones cruzadas varían mucho para los comportamientos de alteración de la conducta. La interpretación es muy específica, en muchos casos los síntomas se circunscriben a una o varias situaciones.
- La interpretación de las medidas a lo largo de la vida depende de la comprensión de los standarts en que se basan el desarrollo. En el caso de los niños hay muchos comportamientos que a una edad son infrecuentes y problemáticos y que a otra edad son normativos. Por ejemplo, la enuresis que no se etiqueta como un problema por debajo de los 3-4 años, puede ser un indicador de problema diez años más tarde. En el caso de las alteraciones de la conducta, mentir, destruir propiedades, pelearse y otros comportamientos crecen y decrecen a lo largo de la infancia. **La evaluación de un síntoma o conjunto de síntomas debe basarse en el desarrollo.**

2.3) COMENTARIOS

Hace falta más investigación. En la situación actual las medidas estandarizadas y normativas son excepcionales. Las listas generales que evalúan el espectro completo de la psicopatología incluyendo la conducta antisocial, proporcionan datos psicométricos excelentes. Sin embargo, estas medidas no dan una evaluación pormenorizada del comportamiento antisocial, por lo que no pueden sustituir a las escalas diseñadas específicamente para evaluarlo.

Las medidas de observación directa representan unos métodos para escudriñar conductas antisociales específicas. Una de las dificultades de estas medidas es **la falta de standardización.**

Las medidas se han restringido a programas de investigación individual, porque requieren un entrenamiento para utilizarlas, y son difíciles de interpretar al no existir datos normativos. Se sugiere el desarrollo de medidas de observación directa que incluyan algunas de las ventajas de las escalas auto-contestadas que añadiría grandes herramientas de evaluación a esta área.

(3) EPIDEMIOLOGÍA.

3.1) PREVALENCIA.

3.1.1) Diagnóstico

En las investigaciones de Costello (1989) en varias muestras de la comunidad usando los criterios diagnósticos del DSM-III y DSM- III-R aproximadamente entre el **2 y el 6%** de los jóvenes reunían criterios para esta alteración. Las tasas de prevalencia variaban en función de las características de los jóvenes. En el estudio de Offord et al.(1991) que se llevó a cabo en Ontario basándose en los datos obtenidos de padres, maestros y de los propios jóvenes de edades **entre 4 y 16 años** la tasa de prevalencia fue del **5,5%**. Las tasas variaron: entre sexos, los **chicos 8,1%** y las **chicas 2,8%**, entre ciudad 5,6 % y ámbito rural 5,2% y por edades **de 4 a 11 años el 4,1%** y **de 12 a 16 años el 7,2%**.

3.1.2) Comorbilidad

La coexistencia de más de una alteración en un mismo individuo es de suma importancia en este diagnóstico porque las alteraciones con comportamiento de tipo disruptivo (Trastorno de la conducta, Trastorno hiperactivo con déficit de la atención, y trastorno desafiante y oposicionista) suelen presentarse juntas. En los estudios consultados Fergurson *et al.* (1991)Y Offord *et al.*(1991) al menos entre el 45 y el 70% de los jóvenes con criterios para el diagnóstico de una de las alteraciones también presentaba criterios para la otra alteración. Estos porcentajes tan altos de co-morbilidad cuestionan la independencia o la necesidad de categorías diagnósticas separadas. Se han identificado distintos tipos de alteración de la conducta y de trastorno hiperactivo con déficit de la atención puros y co-mórbidos con historias psicosocial y del desarrollo diferentes Szatmari et al. (1989). Se ha postulado la posibilidad de que el trastorno desafiante en la infancia sea un precursor del trastorno del comportamiento que se manifiesta e la infancia en lugar de en la adolescencia.

También se ha propuesto que la depresión en los adolescentes (que también presenta co-morbilidad con el trastorno de conducta) pueda ser un precursor de la conducta disocial. Esta combinación se puede asociar con un elevado riesgo de suicidio.

Hay un patrón consistente que permite afirmar que los trastornos disruptivos se solapan considerablemente. Usar el término de co-morbilidad en este contexto presupone que estos trastornos se distinguen fácilmente entre ellos, cosa que no sucede. La ambigüedad de los límites de muchos trastornos cuestiona la validez del término. Los chicos que presentan el diagnóstico de alteración de la conducta pueden presentar una gran variedad de síntomas similares.

3.1.3) Prevalencia del síntoma y punto de corte.

Entre las cuestiones más importantes destacan la definición del umbral que nos permite distinguir un “síntoma” de una característica dada y la definición del criterio para una alteración.

Las alteraciones de conducta en los niños suelen presentar síntomas más extremos y cualitativamente distintos a los que resultan evidentes para el mismo grupo de edad.

No está claro cómo hay que definir el punto en el que el comportamiento es suficientemente extremo para ser considerado síntoma (¿Severidad?, ¿Cronicidad?).

Los criterios que usan la frecuencia, la severidad o la intensidad de un comportamiento para definir un síntoma son cuestionables.

Por ejemplo en el DSM-III-R es necesario presentar 3 de 13 síntomas para establecer el diagnóstico. La duración debe ser como mínimo de 6 meses.

También hay que tener en cuenta la influencia o el impacto del informador sobre las conclusiones a las que se llega sobre la presencia o severidad de una determinada característica. Offord *et al.* (1991) consideran que la alteración de la conducta es una condición dependiente del informador, llevándoles a establecer subtipos de alteración de la conducta basándose en el tipo de informador (padre, maestro o joven).

Muchos de los niños que reúnen criterios diagnósticos para la alteración de la conducta tienen un curso clínico predecible y nefasto.

3.2) EVALUACIÓN DEL DESARROLLO.

Los estudios longitudinales han permitido demostrar que aquellos comportamientos antisociales identificados en la infancia o en la adolescencia predicen un curso que se continúa con disfunción social, comportamientos problemáticos y mala adaptación escolar posteriores.

Uno de los estudios clásicos que lo avalan es el de Robins (1966) que evaluó el estado de la misma muestra 30 años después. Los resultados demostraron que el comportamiento antisocial en la infancia predecía muchos problemas en la edad adulta.

También hay que destacar que no todos los niños diagnosticados de comportamiento antisocial se deterioran en la edad adulta. Robins (1978) comprobó que entre los niños con un trastorno antisocial más severo sólo el 50% acababan presentando comportamiento antisocial en la edad adulta. Sin embargo, si se tienen en cuenta distintos diagnósticos además del comportamiento antisocial severo, el pronóstico en la edad adulta empeora. Robins (1966) sugiere que aunque los diagnósticos varían en el grado de deterioro (neurosis, psicosis) los datos sugieren que la mayoría de los niños con comportamiento antisocial clínicamente significativo sufrirán un grado de deterioro significativo.

3.3) FACTORES DE RIESGO

Los factores que predisponen a los niños y a los adolescentes a las alteraciones de la conducta se han estudiado extensamente en Robins y Rutter (1990) Patterson *et al.* (1992), Werner y Smith (1992).

Resumiendo, los niños que tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de conducta son aquellos que presentan:

- Temperamento difícil (menor capacidad de adaptación)
- Signos tempranos de comportamiento agresivo.
- Dificultades escolares (resultados académicos e intelectuales)
- Historia familiar de comportamiento antisocial (padres o abuelos)
- Comportamiento criminal o alcoholismo de alguno de los padres (especialmente del padre).
- Padres inconsecuentes: prácticas disciplinarias (castigo corporal), supervisión escasa, familias grandes.
- Ser el hermano del medio de una familia.

Hay otros factores no tan bien estudiados pero que han demostrado un aumento del riesgo:

- Retraso mental de alguno de los padres
- Complicaciones peri-natales (Bajo peso al nacer, complicaciones obstétricas)
- Boda temprana de los padres.
- Falta de interés paterno por el rendimiento escolar.
- Exposición a una televisión violenta y agresiva.

Hay que tener en cuenta que los factores de riesgo suelen presentarse combinados, co-ocurrir, lo que complica la interpretación de los datos. Así, en un momento determinado, pueden presentarse varios factores. Esto complica la identificación de la contribución específica de cada factor sobre el pronóstico.

Además de la co-ocurrencia los factores de riesgo pueden interactuar entre sí y con otras variables. Un factor determinado puede estar influido por otra variable. Por ejemplo el tamaño de la familia. Se ha demostrado repetidamente que es un factor de riesgo para la alteración de la conducta, sin embargo la importancia que tiene como predictor es moderado, depende del resultado. Es decir, si las condiciones de vida son las adecuadas y el resultado es positivo, tiene menos probabilidades de ser un factor de riesgo.

Los factores específicos y la fuerza de la asociación entre un grupo de factores que predicen el resultado de la disfunción pueden variar según el momento evolutivo en el que se evalúan.

Además varían en función del momento en el que se manifiestan. Para una edad determinada los factores que se utilizan para identificar a los niños de mayor riesgo, o el peso de esos factores, pueden variar.

Los factores de riesgo también varían en función del sexo del niño. En ocasiones ambos sexos pueden verse influidos por un factor, pero la fuerza de la asociación puede variar en función del sexo. En otros casos, la influencia puede ser un factor de riesgo para un sexo pero no para otro.

Por ejemplo: Tremblay *et al.* (1992) demostraron que la agresión a los maestros durante la primaria predice la delincuencia años más tarde para los chicos pero no para las chicas.

Los factores ambientales y las relaciones con la madre aparecen como predictores fuertes para los chicos, sugiriendo que presentan una mayor susceptibilidad para estos factores.

Hay varios estudios (Kazdin 1987) que sugieren que hay diferencias en la vulnerabilidad de chicos y chicas a los factores ambientales, que pueden situar al chico en una situación de riesgo para el comportamiento antisocial aunque estas diferencias parece que están más relacionadas con el grado más que con el fenómeno de existir o no.

3.4) FACTORES DE PROTECCIÓN

Nos referimos a aquellas influencias que pueden atenuar o suprimir la influencia de los factores de riesgo conocidos y de alguna manera aumentar la resistencia.

Estos factores se estudian identificando a individuos que se sabe que presentan factores de riesgo y haciendo subgrupos con los que más tarde presentan alteraciones de la conducta y con los que no.

En Werner y Smith (1992) se observó que los individuos de riesgo que no presentaron conductas delictivas en la adolescencia con mayor frecuencia presentaban: eran los primogénitos, los que mostraban mayor capacidad de auto-control, mayor auto-estima tenían otros cuidadores en la familia a parte de los padres y el soporte de figuras del mismo sexo que jugaban un papel importante en su desarrollo.

A pesar de lo cual no está claro de qué forma actúan estos factores. Hay que estudiar más este aspecto porque supone una vía para prevenir las alteraciones de la conducta.

3.5) SUBTIPOS Y VIAS QUE CONDUCEN A LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA.

Se ha intentado identificar los subtipos de jóvenes cuyas características de inicio, desarrollo, y respuesta al tratamiento varían de forma sistemática de una forma parecida. Se han encontrado los siguientes subgrupos.

3.5.1) Agresivos y delincuentes

Los jóvenes con alteraciones de la conducta de *tipo agresivo* presentan mayor probabilidad de verse involucrados en peleas, destrucción de la propiedad, crueldad hacia los demás o hacia los animales. Los de *tipo delincuente* se ven involucrados en robos, fugas, mentiras, fuegos y novillos en la escuela.

También se han establecido otras clasificaciones. Por ejemplo Patterson (1982) los clasifica en función del síntoma predominante. Aquellos cuyo síntoma principal es la agresión los llama *agresores* y aquellos cuyo síntoma principal es el robo los llama *ladrones*. Los *agresores* tienen una historia de peleas y asaltos; suelen tener comportamientos más aversivos y coercitivos en las interacciones familiares y son menos complacientes con sus padres que los *ladrones*. Los *ladrones* suelen presentar robos repetidos y contacto con los tribunales; sus padres muestran más distancia emocional con ellos que los padres de los agresivos.

3.5.2) Inicio en la infancia y en la adolescencia.

Se han descrito dos tipos de alteración de la conducta en función del momento de debut de la patología.

Los jóvenes cuya alteración ya es evidente en la *infancia*, empiezan con alteraciones de tipo hiperactivo, los síntomas progresan a trastorno de conducta aunque algunos mantienen los síntomas de los diagnósticos iniciales. Estos niños tienen mayor probabilidad de verse involucrados en comportamientos criminales y agresivos que los de inicio más tardío y de continuar la disfunción a lo largo de la vida adulta. Se presenta con mayor frecuencia en niños que en niñas.

El inicio en la *adolescencia* es más frecuente que el inicio en la infancia. La distribución entre sexos es más uniforme. Los cambios neurofisiológicos, endocrinos y simpáticos y neuroendocrinos durante la adolescencia pueden estar relacionados con los distintos subtipos.

Un punto importante para el inicio en la adolescencia es el papel central de los compañeros.

Para distinguir entre el inicio en la infancia y en la adolescencia es la evidencia de un aumento en la incidencia de los trastornos de la conducta no agresivos sobre los 15 años de edad.

3.5.3) Comportamiento antisocial manifiesto y encubierto.

Nos referimos a comportamiento antisocial manifiesto cuando hay actos antisociales que suponen confrontación: peleas, discusiones y ataques de temperamento.

El comportamiento encubierto viene definido por actos encubiertos como: robo, novillos, mentiras, abuso de sustancias y piromanía.

Según un estudio de Loeber *et al* (1985) la distinción entre los grupos de chicos "puros" y "mixtos" podría establecerse teniendo en cuenta una disfunción familiar severa que conlleva un peor pronóstico. Los niños con un comportamiento antisocial mixto tienen un riesgo mayor de presentar alteraciones a largo plazo.

3.5.4) Otras variantes

Hay otras propuestas para subclasificar las alteraciones de la conducta en los niños, Dodge (1991) propone centrarse en el comportamiento agresivo y establece dos subtipos: *Agresión reactiva* (como respuesta a los demás) y la *agresión proactiva* (como forma inicial de relacionarse con los demás).

Aunque hay varias propuestas de subclasificación de los trastornos de conducta todavía no se ha conseguido establecer distinciones entre subgrupos de comportamiento antisocial que permita una aproximación efectiva.

3.5.5) Problemas del comportamiento como un todo.

Las razones para intentar agrupar los problemas del comportamiento son porque presentan funciones similares en relación con el desarrollo. La autonomía de los padres, los vínculos con el grupo de amigos son dos de las razones para estos comportamientos.

(4) CONSECUENCIAS

El trastorno de conducta afecta a muchas áreas del funcionamiento, aunque se discute sobre si el trastorno está compuesto por una constelación de síntomas en cada niño, se sabe que hay rasgos de la familia y de los padres que se asocian frecuentemente con la alteración. La naturaleza de la alteración tiene implicaciones importantes en la evaluación y en las intervenciones.

4.1) EVALUACIÓN.

4.1.1) Síntomas múltiples.

Las alteraciones de la conducta en los jóvenes suelen tener un amplio rango de síntomas que van más allá de los específicos de la alteración de la conducta. En el ámbito clínico una evaluación amplia es importante para poder asegurar que no se pasa por encima grupos de síntomas que pueden estar detrás de una alteración de la conducta. Estos síntomas como hiperactividad o depresión pueden tener implicaciones muy importantes para el manejo y tratamiento del caso.

En el ámbito de la investigación, la evaluación amplia no es menos importante. La evaluación de los casos, la subclasificación, y la predicción pueden depender de un amplio espectro de síntomas y síndromes que la valoración individual omite. La evaluación de dominios de síntomas múltiples probablemente permita el subanálisis de los grupos basándose en la severidad y el tipo de disfunción.

4.1.2) Respuestas múltiples

Dos áreas que probablemente son relevantes para la adaptación y el pronóstico además de los síntomas son el funcionamiento social y la respuesta académica.

El funcionamiento social hace referencia a las habilidades relacionadas con las interacciones sociales: participación en actividades, el desarrollo y mantenimiento de amistades. Aunque el funcionamiento social está inversamente relacionado con los síntomas, las correlaciones son modestas (Kazdin 1993b)

4.1.3) Informantes múltiples

La evaluación del comportamiento infantil en cada uno de los distintos escenarios en que se produce no puede asumir el comportamiento en los demás. La correlación entre las puntuaciones sobre problemas emocionales y del comportamiento infantil de padres y maestros es moderada y bien conocida. Desde el punto de vista clínico es importante encontrar en qué rango el comportamiento es disfuncional para poder documentarlo.

4.1.4) Evaluación parental y familiar

La evaluación de los padres, la familia y las variables contextuales es importante en la medida que estas variables están relacionadas con el manejo del caso, la administración del tratamiento y probablemente también con el resultado. Entre los factores parentales destacables hay que tener en cuenta el stress, el aislamiento social, el desacuerdo marital, el nivel socioeconómico desfavorable y la psicopatología.

El resultado final para varios niños que presentan un patrón sintomático similar probablemente diferirá en función de los padres, la familia y otros factores.

4.2) TRATAMIENTO

4.2) Intervenciones pluridisciplinares

Las alteraciones de la conducta incluyen un amplio rango de síntomas, áreas de disfunción, y problemas familiares y parentales. Para muchos niños representa un trastorno generalizado del desarrollo, en el sentido de que amplias áreas del funcionamiento están afectadas.

Teniendo en cuenta lo anterior el tratamiento debería estar orientado a dominios múltiples. Más que una técnica de tratamiento individual, deberían usarse módulos de distintas técnicas para dirigirse a puntos concretos, como los síntomas, el rendimiento escolar y otras facetas.

Deberían facilitarse tratamientos combinados como psicoterapia individual o cognitiva, refuerzos escolares, terapia familiar y educación parental. Satterfield *et al.* (1981,1987) encontró que los casos tratados de forma multi-modular presentaron tasas de arrestos e institucionalizaciones significativamente más bajas que los que sólo recibieron medicación.

La combinación de varios tratamientos está justificada basándose en la evidencia de que los distintos dominios son relevantes y predicen el comportamiento social futuro. Esta combinación requiere una consideración y una justificación conceptual para evitar la mera acumulación de técnicas. Muchas pueden carecer de una buena base conceptual.

4.3) Atención crónica.

Puede considerarse desde un punto de vista etiológico el trastorno de conducta como una condición crónica que requiere intervención, monitorización continua y evaluación a lo largo de toda la vida.

Quizás el tratamiento debería evaluarse en términos de necesidad de cuidado crónico, debería incluirse en la rutina cotidiana. En la mayoría de los casos se suspende el tratamiento antes de poder notar mejoría.

Quizás, para evitar la intromisión excesiva en el desarrollo, hasta que se encuentren formas de tratamiento más breves con impacto a largo plazo, lo más adecuado sería un tratamiento intermitente.

(5) CONCLUSIONES

El trastorno de conducta representa un reto especial dadas las múltiples áreas del funcionamiento que se ven afectadas.

Desde el momento del diagnóstico hay que considerar la importancia las constelaciones de síntomas, los subtipos y las distintas trayectorias que se pueden seguir.

La investigación ha encontrado diferencias entre los subgrupos de jóvenes que reúnen criterios diagnósticos de trastorno de conducta. Los grupos que actualmente reciben más atención son los tipos agresivos y delincuentes y las de inicio infantil o adolescente.

Aunque hay que seguir investigando sobre las características del individuo, los datos actuales sobre el trastorno de conducta apuntan de forma consistente a los padres, la familia y las influencias del entorno. Es fundamental tener en cuenta la confluencia de múltiples factores para la comprensión de esta patología.

A lo largo del curso del desarrollo la contribución de las distintas influencias varía. Por ejemplo, durante la adolescencia las influencias de los amigos se han relacionado tanto en el inicio como en el mantenimiento de las conductas antisociales incluyendo el abuso de sustancias y la delincuencia. La identificación del modo de actuar de estas influencias y el conocimiento de los precursores tienen gran importancia para la planificación de intervenciones útiles.

La identificación de los factores de riesgo y los factores de protección han permitido el desarrollo de intervenciones de tipo preventivo.