



Viernes 13 de febrero de 2009

Taller:

“Evaluación y manejo de los problemas de comportamiento en la adolescencia”

Moderadora:

Luisa Muñoz González

Pediatra. CS Palomares. Área 9. Leganés, Madrid.

Ponente/monitor:

■ **Patricio José Ruiz Lázaro**

Doctor en Medicina. Especialista en Pediatría y Áreas Específicas. Consulta Joven “Espacio 12-20”. Proyecto de Participación Comunitaria de Adolescentes (<http://adolescentes.blogia.com>).
CS Manuel Merino. Alcalá de Henares, Madrid.

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Ruiz Lázaro PJ. Evaluación y manejo de los problemas de comportamiento en la adolescencia. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2009. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. p.197-203.

Evaluación y manejo de los problemas de comportamiento en la adolescencia

Patricio José Ruiz Lázaro

Doctor en Medicina. Especialista en Pediatría y Áreas Específicas. Consulta Joven “Espacio 12-20”. Proyecto de Participación Comunitaria de Adolescentes (<http://adolescentes.blogia.com>).
CS Manuel Merino. Alcalá de Henares, Madrid.
patricioj040965@gmail.com

“Lo peor es educar por métodos basados en el temor, la fuerza, la autoridad, porque se destruye la sinceridad y la confianza, y sólo se consigue una falsa sumisión”

Albert Einstein

RESUMEN

La génesis de los problemas de comportamiento en la adolescencia es biopsicosocial. Muchos adolescentes manifiestan a través de sus conductas estados internos que no saben expresar de otra forma y que reflejan las contradicciones o falta de adecuación entre sus necesidades y las respuestas que reciben en los diferentes entornos, incluido el escolar. Es importante descartar que exista psicopatología subyacente (aunque la mayor parte de las conductas disruptivas se dan de forma habitual en adolescentes sin psicopatología identificable). Cuando los adultos comienzan a ver a los adolescentes como personas similares a ellos, que quieren mejorar y se comportan lo mejor que pueden dentro de sus conocimientos, capacidades y posibilidades, para satisfacer necesidades humanas y, por tanto, normales, pueden comenzar a apreciar la lógica de alternativas no basadas en el poder para enfrentarse a las conductas que no aceptan del o de la adolescente (alternativas que han demostrado ser más eficaces). Para que el o la adolescente se convierta con el paso del tiempo en una persona adulta saludable y pro-

ductiva, es imprescindible satisfacer una serie de necesidades que incluyen, entre otras, sentirse valorado como persona, percibirse libre de etiquetas y encasillamientos, finalizar su formación, establecer una red de relaciones humanas satisfactorias, sentirse útil para los demás, construirse un sistema de apoyo, creer en un futuro con oportunidades reales. En definitiva, llega a ser lo más resiliente posible.

CUESTIONES BÁSICAS

El comportamiento de una persona es el resultado de la interacción de las demandas externas e internas a que se enfrenta dicha persona con el registro de respuestas adquirido hasta ese momento en su trayectoria vital. Por tanto, la génesis de los problemas de comportamiento en la adolescencia es biopsicosocial: existen tanto factores asociados a las características personales de las y los adolescentes como otros que afectan al clima familiar, escolar o al grupo de iguales, actuando todos ellos de forma más sinérgica que aditiva.

De mi experiencia desde 1998 en la consulta joven "Espacio 12-20" y en el proyecto de participación comunitaria de adolescentes del Centro de Salud Manuel Merino de Alcalá de Henares (<http://adolescentes.blogia.com/>)¹ atendiendo e interviniendo de forma individual, grupal y comunitaria sobre adolescentes con distintos "problemas", muchos de ellos en la esfera del comportamiento, he llegado a algunas conclusiones (decálogo de supuestos):

- Los adultos afirmamos que un adolescente presenta problemas de comportamiento cuando juzgamos acciones del adolescente como contrarias a cómo los adultos consideramos que debería actuar el o la adolescente.
- Lo que hace que los adultos cataloguen el comportamiento de las y los adolescentes como problemático es la percepción de que el comportamiento produce, o puede llegar a dar, consecuencias indeseadas para los adultos.
- Habitualmente, lo problemático reside en la mente del adulto y no en la del adolescente, que simplemente está haciendo aquello que elige o que necesita hacer para satisfacer una necesidad o regular emociones (está haciendo algo para sí mismo).
- Cuando los adultos comienzan a ver a los adolescentes como personas similares a ellos, que quieren mejorar y se comportan lo mejor que pueden dentro de sus conocimientos, capacidades y posibilidades, para satisfacer necesidades humanas y, por tanto, normales, pueden comenzar a apreciar la lógica de alternativas no basadas en el poder para enfrentarse a las conductas que no aceptan del o de la adolescente (alternativas que han demostrado ser más eficaces).
- En toda relación de poder hay una persona que ansía el poder y otra que reacciona al poder. Las y los adolescentes que se ven privados de la satisfacción de sus necesidades por la vía del control coercitivo reaccionan con mecanismos de defensa "universales": desafiar, oponerse, ser negativo, resistir, rebelarse, desobedecer, vengarse, mentir, engañar, huir, alejarse de casa, dejar de hablar, ignorar, falsa sumisión...
- Estos mecanismos de defensa empiezan a desaparecer cuando "empoderamos" a las y los adolescentes, esto es, cuando iniciamos un proceso mediante el cual las y los propios adolescentes adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su bienestar.
- Cuando otorgamos igual de importancia a la validación del o de la adolescente como persona que a la propuesta del cambio de sus conductas, las y los adolescentes se muestran más colaboradores.
- Hay distintos niveles y tipos de validación. El nivel más básico es estar atento al o a la adoles-

cente. Esto significa mantener respeto por lo que él o ella dice, siente y hace. Otros niveles de validación implican ayudarlo a recuperar confianza afirmando que su conducta tiene perfecto sentido y tratarle como un semejante y no como a un ser inferior.

- No hay mayor motivación para el cambio que ayudar al o la adolescente a construir una vida que le valga la pena ser vivida.

- Los principios de la conducta son “universales” y no afectan menos a los adultos (incluidos los profesionales) que a las y los adolescentes.

EVALUACIÓN

En la tabla I, se reproduce la guía de reflexión que utilizo en la práctica clínica diaria. Incluye exploración de los factores de resiliencia (competencia social, habilidad para la resolución de conflictos, autonomía, sentido de propósito

Tabla I. Guía de reflexión ante problemas de comportamiento (®PJ Ruiz Lázaro)

Adolescente: _____

Edad: _____

Curso: _____

Comportamiento problema (describir): _____

Beneficios secundarios de ese comportamiento problema: _____

Conductas de los educadores (padres, profesores) que contribuyen a cada beneficio secundario: _____

Fortalezas y debilidades / factores de resiliencia en los distintos sistemas:

1. Individual:
2. Familiar:
3. Compañeros/iguales:
4. Escuela/trabajo:
5. Comunidad:

Questionario SDQ:

1. Escala de síntomas emocionales:
2. Escala de problemas de conducta:
3. Escala de hiperactividad:
4. Escala de problemas con compañeros:
5. Escala prosocial:

Necesidades del adolescente: _____

Dificultades de los educadores para atender a esas necesidades:

1. Personales:
2. Profesionales:
3. Institucionales:

Alternativas de intervención: _____

Consecuencias de cada alternativa para el adolescente: _____

y de futuro, y confianza en sí mismo y en el entorno) en los distintos sistemas (individual, familiar, compañeros/iguales, escuela/trabajo, comunidad) y rellenar (adolescente, padres, profesores...) cuestionarios SDQ que se pueden descargar gratis en español (incluyendo plantillas de corrección) en <http://www.sdqinfo.com/d29.html>

Los problemas de comportamiento pueden ser la expresión de dificultades adaptativas evolutivas o vitales. Muchos adolescentes manifiestan a través de sus conductas estados internos que no saben expresar de otra forma y que reflejan las contradicciones o falta de adecuación entre sus necesidades y las res-

Tabla II. Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad

- A. Existen 1 ó 2:
1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:
Desatención:
 - a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
 - b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
 - c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
 - d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
 - e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
 - f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
 - g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
 - h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
 - i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.
 2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:
Hiperactividad
 - a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
 - b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
 - c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
 - d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
 - e) A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
 - f) A menudo habla en exceso. Impulsividad.
 - g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
 - h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
 - i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).
- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).
- F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01).
Si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.
 - F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00).
Si se satisface el criterio A1, pero no el criterio A2 durante los últimos 6 meses.
 - F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01).
Si se satisface el criterio A2, pero no el criterio A1 durante los últimos 6 meses.
- Nota de codificación: en el caso de sujetos (en especial, adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cum-

puestas que reciben en los diferentes entornos, incluido el escolar:

Es importante descartar que exista psicopatología subyacente (aunque la mayor parte de las conductas disruptivas se dan de forma habitual en adolescentes sin psicopatología identificable). 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 general,

para hablar de psicopatología, se asume que hay una pérdida de libertad del individuo para desplegar los síntomas que observamos. Dentro de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, la clasificación DSM-IV-TR de la Asociación Americana de Psiquiatría² diferencia básicamente tres categorías:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (tabla II).
- Trastorno disocial (tabla III).

Tabla III. Criterios para el diagnóstico del F91.8 trastorno disocial (312.8)

- A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de 3 (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:
- **Agresión a personas y animales**
 1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
 2. A menudo inicia peleas físicas.
 3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola).
 4. Ha manifestado crueldad física con personas.
 5. Ha manifestado crueldad física con animales.
 6. Ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada).
 7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.
 - **Destrucción de la propiedad**
 8. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
 9. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).
 - **Fraudulencia o robo**
 10. Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.
 11. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "tíma" a otros).
 12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones).
 - **Violaciones graves de normas**
 13. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.
 14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo periodo de tiempo).
 15. Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.
- B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.
- Especificar el tipo en función de la edad de inicio:
 - Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.
 - Tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.
 - Especificar la gravedad:
 - Leve: pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico, y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros.
 - Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre "leves" y "graves".
 - Grave: varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.

- Trastorno negativista desafiante (tabla IV).

Además de estos trastornos de conducta propiamente dichos, los problemas de comportamiento pueden ser la expresión sintomática de trastornos emocionales (depresión, ansiedad, trastornos bipolares) o trastornos del desarrollo o psicosis o trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno de la personalidad (como el trastorno límite de personalidad de inicio en la adolescencia).

INTERVENCIÓN

Para que una intervención sea efectiva debe tener en cuenta todas las variables, individuales y contextuales

implicadas en el desarrollo de la o del adolescente, con la finalidad no solo de disminuir la probabilidad de aparición de conductas de riesgo, sino para favorecer, al mismo tiempo, un desarrollo positivo y ajustado al ámbito social de la o del adolescente. Por consiguiente, las intervenciones deben apoyarse tanto en las características de las y los adolescentes, como en los atributos del contexto, es decir, ser multisistémicas. Para que el o la adolescente se convierta con el paso del tiempo en una persona adulta saludable y productiva es imprescindible satisfacer una serie de necesidades que incluyen, entre otras, sentirse valorado como persona, percibirse libre de etiquetas y encasillamientos (ver algunas tácticas en tabla V), finalizar su forma-

Tabla IV. Criterios para el diagnóstico del F91.3 trastorno negativista desafiante (313.81)

- Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes 4 (o más) de los siguientes comportamientos:
 - A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
 - A menudo discute con adultos.
 - A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus obligaciones.
 - A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
 - A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
 - A menudo es susceptible o fácilmente molesto por otros.
 - A menudo es colérico y resentido.
 - A menudo es rencoroso o vengativo.
- Nota: considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.
- El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.
- Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.
- No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

Tabla V. Cómo liberar al adolescente de etiquetas y encasillamientos (adaptado de Faber y Mazlish)⁴

Táctica	Ejemplo
1. Busca oportunidades para mostrarle una nueva imagen de sí mismo	"Me gusta como lo has dicho. Te has expresado claramente y sin amenazas"
2. Ponle en situaciones en las que pueda verse de otra manera	"Esta tarde no estaré en casa. Así que dejo a tu cargo la comida y el paseo del perro"
3. Deja que te oiga cuando dices algo favorable de él	"Estábamos haciendo un experimento en el laboratorio de Química y se ha tumbado el mechero de alcohol. Él ha sofocado la llama con una tapa metálica. ¡Esto es tener aplomo en las situaciones críticas!"
4. Ejemplifica el comportamiento deseado	"Me has ganado la partida de ajedrez. Perder no es nada divertido, prefiero mil veces ganar. En fin, hay que tener espíritu deportivo. ¡Enhorabuena, hijo!"
5. Sé la memoria viva de sus momentos más inspirados	"Recuerdo aquel día cuando tenías aquel problema con aquel compañero de clase y supiste resolverlo sin agresividad"
6. Cuando actúe según la vieja etiqueta, expresa tus sentimientos y/o expectativas	"Tu manera de hablar me exaspera. ¿No puedes pedirlo en otro tono?"

ción, establecer una red de relaciones humanas satisfactorias, sentirse útil para los demás, construirse un sistema de apoyo, creer en un futuro con oportunidades reales. En definitiva, llegar a ser lo más resiliente posible.

La construcción individual y grupal de la resiliencia es un instrumento básico para hacer frente a las situaciones de riesgo, y es un objetivo prioritario en la promoción de la salud mental de la adolescencia y juventud. Para construir resiliencia, según Henderson y Milstein³, son elementos clave:

1. Enriquecer los vínculos prosociales.
2. Fijar límites claros y firmes.
3. Enseñar "habilidades para la vida".
4. Brindar afecto y apoyo.
5. Establecer y transmitir expectativas elevadas alcanzables.
6. Proporcionar oportunidades de participación significativa.

Bibliografía

1. Ruiz-Lázaro PJ. Spain (Alcalá de Henares, Madrid): the strategy "for and with young people" for promoting adolescent mental health in primary health care. In: Social cohesion for mental well-being among adolescents. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008. p. 216-26.
2. Henderson N, Milstein MM. Resiliency in schools. Making it happen for students and educators. California: Corwin Press; 2003.
3. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2003.
4. Faber A, Mazlish E. How to talk so teens will listen and listen so teens will talk. New York: HarperCollins Publishers; 2005.