



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Trastornos de conducta en la infancia

A. Polaino-Lorente
Catedrático de Psicopatología
Universidad Complutense

**Publicado en: VV. AA.: Psicología evolutiva y educación infantil. Santillana.
Madrid, 1989, 255-282.**

Los trastornos de conducta en el marco nosológico de la psicopatología infantil.

Los trastornos de conducta -dada la alta frecuencia del uso lingüístico de este término-, parecen constituir una entidad clínica bien establecida que con todo derecho ocupase un lugar relevante y bien recortado en el ámbito nosológico de la psicopatología infantil. Sin embargo, como a continuación observaremos, esto no es así, en gran parte porque ese mismo ámbito nosológico en el que parecen estar definitivamente instalados, todavía hoy es demasiado ambiguo.

Siguiendo a Dohrenwend et al. (1982), puede afirmarse que dos largas tradiciones se han dado cita en esta cuestión diagnóstica, desde ámbitos disciplinares bien diferenciados: una, desde la aproximación clínica, y la otra, desde la tradición psicométrica y psicológica.

La primera partía de que la cuestión de la fiabilidad de estos trastornos dependía, fundamentalmente, de la experiencia y destreza de los clínicos para disminuir el sesgo y los errores; en última instancia, era el clínico el que debía interpretar los datos obtenidos y decidir si eran significativos o no como signos y/o síntomas de aquel trastorno concreto.

La segunda, subrayaba la fiabilidad de los autoinformes de los sujetos, en función de que se diseñaran muy bien los instrumentos y las entrevistas, se fijaran las categorías de las posibles respuestas alternativas y se evaluaran los datos obtenidos a la luz de criterios suficientemente probados -validez, fiabilidad, etc-, o a través de las pruebas psicométricas que tradicionalmente se empleaban en la evaluación de la personalidad (Wiggins, 1973; Fiske, 1971; Nunnally, 1967; Lord et al., 1968).

Unos y otros partían de puntos de vista diferentes, tenían aptitudes y actitudes diversas respecto de los fenómenos a evaluar y, lo que es más importante, discrepaban o incluso se contraponían desde sus respectivos perfiles profesionales.

Sea porque los resultados obtenidos por unos y otros se han ido aproximando y haciendo coincidentes, en función del mayor rigor de los criterios por ellos empleados, o sea porque colaborando en el mismo trabajo se hicieron más fluidas sus relaciones profesionales, el hecho es que en la actualidad ambas vías de aproximación diagnóstica han llegado a encontrarse, especialmente en los diseños multifase-multimétodo, en los que tanto los criterios psicométricos como clínicos se concitan, optimizando la validez y fiabilidad de los resultados (Dohrenwend et al., 1981 y 1982; Anderson, 1987).

La optimización resultante no es consecuencia de la mera suma cuantitativa y acumulativa (aditiva) de los bloques procedimentales empleados, sino más bien la consecuencia emergente de un procedimiento evaluador cualitativo e innovador: el empleo del multimétodo.

No se trata, pues de una mera cuestión nominativa o semántica, sino de emplear otro concepto, mucho más apropiado, para denominar el nuevo procedimiento utilizado.

Paralelamente a lo que sucedía en la psicopatología del adulto, en el ámbito infantil comenzaron a utilizarse nuevos instrumentos de evaluación: unos dirigidos hacia el propio niño (Diagnostic Interview Schedule for Children) y otros dirigidos a padres y profesores (Rutter Child Scale A y B; Rutter et al., 1970). De este modo, a través de la multiplicación de las fuentes de información se procuró mejorar la validez y fiabilidad de los resultados obtenidos (Edelbrock et al., 1985).

El empleo de instrumentos como los citados permitió la inclusión, con cierta facilidad, de un inventario de trastornos psicopatológicos infantiles en el DSM-III.

De este modo, pudo obtenerse un inventario de criterios clínicos en psicopatología infantil, en el que agrupados en cinco bloques fundamentales (trastornos intelectuales, comportamentales, emocionales, somáticos y del desarrollo), se tipificaban en cuarenta y seis trastornos las principales alteraciones psicopatológicas de la infancia.

Aunque tal nosología psicopatológica infantil, obviamente tenía muchas lagunas y carencias y dejaba fuera de foco otros muchos cuadros clínicos (que fueron atomizados y dispersados en función de los diferentes agrupamientos sintomáticos relevantes diseñados por la anterior propuesta nosológica), es el hecho es que al fin podía ofrecerse un buen elenco de criterios, muy útiles para la clínica.

La polémica, sin embargo, no se hizo esperar, especialmente en lo que se refiere a la baja fiabilidad de las categorías diagnósticas establecidas (Werry et al., 1983) y a la discutible distribución realizada en subcategorías clínicas, a pesar de que sus autores se atuvieron para ello a algunos criterios empíricos.

No obstante el gran esfuerzo realizado, las polémicas en torno a esta sistematización nosológica emergieron con prontitud y acierto (Rutter et al., 1980; Kashany et al., 1983; McGee et al., 1984a,b y c; Anderson et al. 1987).

De aquí que cinco años más tarde apareciera el DSM-III-R, una revisión, todavía en desarrollo, fundamentada en la tercera edición del DSM-III, en la que se restringen todavía más las categorías diagnósticas (retardo mental; trastornos del desarrollo evitables y específicos; trastornos comportamentales disruptivos, trastornos alimentarios y tics; trastornos de la eliminación; y otros trastornos en la infancia y la adolescencia).

Mucho nos tememos que la actual revisión levantará enseguida tantas polémicas o más que la nosología establecida por la sistematización anterior. Se comprenderá fácilmente que las críticas arrecien, si tenemos en cuenta que la localización, sistematización y agrupamiento de los trastornos son harto discutibles; que han disminuido los subtipos de los trastornos como la ansiedad y las formas de autismo que antes se distinguían; que los trastornos comportamentales se sistematizan según criterios que nos parecen insatisfactorios; y que el número y diversidad de trastornos infantiles, no sólo no aumentan en su conjunto, sino que disminuye y se restringe de forma relevante.

Paradójicamente, los trastornos del lenguaje, de la lectura, del cálculo, etc., cambian de emplazamiento -en esta nueva edición se agrupan bajo el término de

"trastornos específicos del desarrollo"-, sin que se justifique de forma satisfactoria su cambio de lugar.

Respecto de los trastornos comportamentales, está todavía por determinar el número de alteraciones que deben comprobarse de las diecisiete que se han inventariado, para que pueda establecerse dicho diagnóstico.

Por otra parte, se integran de una manera forzada las estereotipias motoras, la ansiedad por separación, los trastornos relativos a la identidad y a las conductas de apego, en un cajón de satre, especificado como "otros trastornos de la infancia y de la adolescencia", cuando hubiera sido mucho mejor, desde nuestro personal punto de vista, incorporar las estereotipias a los trastornos motores, la "ansiedad de separación" a los trastornos de la ansiedad y los "trastornos de identidad" a las alteraciones psicosexuales.

Es previsible, pues, que junto a las naturales críticas que pueda desencadenar esta revisión, aparezcan también otras consecuencias más eficaces para el diagnóstico psicopatológico infantil: el establecimiento de una nosología mucho más apropiada para la psiquiatría infantil.

Pero a pesar de las diferencias que acabamos de establecer entre unos y otros, resulta difícilmente comprensible cómo muchos de los trastornos psicopatológicos infantiles, pueden englobarse en una u otra -e incluso en varias- entidades clínicas. En otros casos, cuando no se puede hablar de síntomas, se reemplaza este término por el de conducta -desajustada, desadaptada, deficitaria, etc-, como si pudiera establecerse una puntual equivalencia entre síntomas y conductas.

Así las cosas, se diría que en la psicopatología infantil, cada síntoma o cada conducta no sólo no es isomórficamente congruente con una determinada entidad clínica, sino que por su versatilidad, es equifuncionalmente adecuada a una o varias entidades clínicas al mismo tiempo. Dicho con otras palabras, cada síntoma o comportamiento infantil alterado puede ser adscrito, y posteriormente predicado, de diversos cuadros clínicos, en función de que se sometan en la mente del evaluador a las necesarias suplencias. alternancias, sustituciones, equivalencias, transiciones y/o a las más variadas metamorfosis significativas, en función de cuáles sean las exigencias del particular juicio clínico diagnóstico que se adopte.

Las anteriores afirmaciones lo que desvelan no es sólo la polisemia y ambigüedad sintomatológica y comportamental, respecto de los juicios diagnósticos, sino principalmente el escaso desarrollo científico de la psicopatología infantil, desde el punto de vista de la nosología y el diagnóstico.

¿Qué se entiende hoy por trastornos de conducta en la infancia?

Es un hecho indiscutible que una de las etiquetas diagnósticas más empleadas en la infancia es precisamente la de trastornos de conducta, como se pone de relieve tras el análisis pormenorizado de la bibliografía disponible sobre esta materia (Doke

& Flippo, 1983; Pelham, 1982; Barkley, 1982; Loney & Milich, 1982; Quay, 1986; Rutter, 1983; Gittelman et al., 1985; Achenbach, 1982; Quay et al., 1987; Kazdin, 1987; Hinshaw, 1987; etc).

Pero este uso abusivo del etiquetado diagnóstico, a pesar de su frecuencia o precisamente por ella, no por ello logra ofrecer un concepto riguroso, científico y operativo de lo que entendemos por trastornos de conducta.

Los trastornos de conducta en la infancia constituyen un complejo concepto molecular que engloba un vastísimo conjunto de comportamientos y de síntomas, sin que entre ellos exista más conexión que la del siguiente criterio inclusivo: la de no poder ser incluidos en otros conceptos diagnósticos.

Desde esta perspectiva los trastornos comportamentales infantiles constituyen un "cajón de sastre", un fondo de saco sin salida posible donde van a parar aquellas conductas, signos y síntomas, no suficientemente especificados en la clínica.

Es curioso que en la patología del adulto nunca se haya empleado este concepto para describir y/o conceptualizar una determinada entidad clínica. Y, sin embargo, los trastornos del comportamiento -aunque con netas características diferenciales-, también pueden encontrarse en las personas adultas. ¿Por qué si tanto en el adulto como en el niño pueden trastornarse sus respectivos comportamientos, este término se emplea únicamente para calificar a estos últimos?

Posiblemente lo que sucede es que los trastornos comportamentales en el adulto se configuran bajo otros términos y con otra significación, como por ejemplo, "conflictos familiares", "dificultades profesionales" o "trastornos de la personalidad". En otros casos, los trastornos comportamentales pasan inadvertidos, constituyendo un elemento más del encadenamiento comportamental, frecuentemente problemático, que caracteriza al adulto.

De todas las posibles categorías diagnósticas que califican la conducta del adulto, los "trastornos de personalidad" son los que mejor pueden soportar la equivalencia respecto de los "trastornos de conducta" en la infancia, especialmente los denominados "trastorno antisocial de la personalidad" y "trastorno límite (borderline) de la personalidad"(DSM-III, 301.70 y 301.83, respectivamente).

Ateniéndonos a la forzada equivalencia establecida entre estos trastornos, en el niño y en el adulto, se diría que al niño se le considera un ser con conductas, pero sin que éstas se configuren en una determinada personalidad; es decir que son seres sin personalidad. En consecuencia, habría que calificar a la psicopatología infantil como una ciencia despersonalizante y comportamentalista, punto de vista muy difícil de admitir en la actualidad por el clínico.

Es cierto, sin embargo, que mientras que una descripción comportamental en la infancia se atiene a lo manifestado, en cambio, la personalidad no parece ser lo suficientemente estable y madura como para sostener el peso de una alteración psicopatológica que directa y propiamente le incumbe por incidir sobre ella. Sirva esto en descargo, parcial y relativo, del empleo abusivo y confuso de estos términos clínicos en el ámbito infantil.

Admitamos por el momento el término propiamente dicho de trastornos del comportamiento. Una breve excursión por las investigaciones en que estos trastornos se han inventariado pone de manifiesto, una vez más, las ambigüedades que subyacen bajo este concepto.

Así, por ejemplo, Rutter et al. (1974) admiten en su cuestionario para profesores como trastornos de conducta en la edad preescolar los que siguen: inquietud, moverse sin descanso, manierismos, tics, imposibilidad para estarse quieto en un sitio, luchar con otros compañeros, desobediencia, resentimiento o agresividad, camorrista, destrozar cosas, mentiroso, realizar pequeños hurtos, apático, irritable, llorón, no establecer vínculos con otros compañeros, temor frente a cosas y situaciones nuevas, exigente, quejarse de complicados dolores y sufrimientos, rehusar ir a la escuela, absentismo escolar, chuparse el pulgar, morder hilos, balbuceo y tartamudeo.

Crowther et al. (1981) tipifican estos trastornos clasificándolos en conductas externalizadas e internalizadas, para niños comprendidos entre los dos y los cinco años, en función de que las respectivas conductas se manifiesten explícitamente o no. Ejemplos de las primeras son las peleas con otros chicos o adultos, las actividades disruptivas, la destrucción de objetos hecha a propósito, rehusar hacer algo que se le encomienda o prestar atención a una determinada actividad, demandar demasiada atención de los adultos, etc. Ejemplos de las segundas son evitar el contacto con otros compañeros, excesivo temor a situaciones y personas, jugar y trabajar bien con otros niños, etc.

Earls et al. (1980) recogen en su inventario de trastornos de conducta para la edad preescolar los siguientes comportamientos: poco apetito, caprichos en la comidas, dificultades para acostarse, despertarse varias veces durante la noche, hiperactividad, escasa concentración, enfados, temores, orinarse en la cama o durante el día, ensuciarse, etc.

McGuire et al. (1986) incluyen en su inventario de trastornos de conducta para la edad preescolar los siguientes comportamientos: actividad, inactividad, dificultades para controlarse o incontrolarse, demandar excesivamente la atención, quejarse, andar de forma errante sin objetivo alguno, no charlar con profesores o compañeros, esquivar o esquivarlos, estorbar a otros, etc.

Como puede observarse, después de esta breve enumeración, un comportamiento cualquiera puede devenir en trastornos de conducta, en función de que así lo estime pertinente cualquier investigador. Vistos estos inventarios, habría que preguntarse más bien si es que realmente en la edad preescolar existe alguna conducta que pueda ser calificada como no trastornada.

Si el niño interactúa suficientemente con sus compañeros, su comportamiento podrá tipificarse como alborotador; si, por el contrario, no interacciona con ellos, se le calificará como que evita el contacto con sus iguales. Si está muy pendiente de los adultos se dirá que demanda en exceso la atención de los adultos; si no conversa con ellos, no les obedece o no está pendiente de lo que le dicen, se calificará su comportamiento como una conducta de evitación.

¿Dónde situar el criterio, de forma que la calificación comportamental sea justa y proporcionada a la edad, al sexo, al contexto, etc, de manera que su inclusión o no entre los trastornos de conducta sea rigurosa? No, por el momento no disponemos de un criterio riguroso y fiable para calificar o no a un determinado comportamiento infantil como trastorno de conducta.

A pesar de estas dificultades conceptuales y mientras que la nosología psicopatológica infantil no logre esclarecerlas, nos vemos obligados a reseñar -con las restricciones que anteriormente se han hecho- los trastornos de conducta que convencionalmente y con la mayor amplitud circulan hoy en nuestra sociedad.

El posible repertorio de alteraciones comportales en la infancia obliga a una selección rigurosa, que en este caso se ha realizado atendiendo a diversos criterios.

Por una parte, se abordan inicialmente los trastornos más graves de la conducta, que tradicionalmente se rotulaban como neurosis infantiles. En este marco se aborda tanto el comportamiento neurótico (neurosis de ansiedad), como el comportamiento obsesivo.

Por otra, se incluyen los trastornos de dos ejes básicos del desarrollo: la alimentación y el sueño, ofreciendo tanto la descripción y criterios de diagnóstico como los tratamientos adecuados, cerrando el cuadro la revisión del problema de la enuresis y de la encopresis, rescatándolos de caducos y no demostrados planteamientos y ofreciendo un amplio repertorio de sus actuales posibilidades terapéuticas.

De otro lado, se presenta una serie de conductas anómalas bien típicas en la infancia y altamente frecuentes: la onicofagia, la succión del pulgar y los tics.

Y por último, se ofrece un repertorio de las alteraciones comportamentales más «duras» social, familiar y escolarmente: los comportamientos agresivos, las fugas del hogar, el niño celoso, los trastornos de la atención, el niño que se aísla, el niño apático, la hiperactividad infantil y, por fin, el tan frecuente y lamentable problema de los «niños maltratados».

Muchos de los trastornos que se incluyen en este epígrafe se inscribieron tradicionalmente dentro del diagnóstico de neurosis infantiles. Aplicado aquí el término de neurosis, apenas si significa nada. En primer lugar, por su ambigüedad -aún no ha sido definido operativamente-, tanto cuando se refiere al niño como a los adultos. En segundo lugar, porque el concepto de neurosis es, en la práctica, indistinguible de la ansiedad, síntoma que aparece a todo lo ancho de la psicopatología infantil, sin que esté vinculado única y específicamente a la neurosis. Y, en tercer lugar, porque es imposible una delimitación entre el viejo término de neurosis y otras alteraciones, como los trastornos psicosomáticos y/o los trastornos de aprendizaje.

Por todo ello es preferible hablar hoy de trastornos de conducta, concepto éste que expresa más certeramente lo que sucede en el niño, aunque tal vez convenga mantener, aunque sea entre paréntesis, el concepto de comportamiento neurótico, como una concesión orientativa para aquellos que, por un exceso de

familiaridad con la vieja terminología, pudieran extraviarse al enfrentarse con la nuevas denominaciones propuestas.

Las tres entidades clínicas que el psicoanálisis logró configurar, no sin esfuerzo, reuniendo acomodaticamente un conjunto de hechos comportamentales muy difíciles de aglutinar en una entidad clínica única y que hoy pueden inscribirse en el comportamiento neurótico infantil son: la neurosis de ansiedad, la neurosis fóbica y la neurosis obsesiva.