

B. Pascual García
M. Rubio Bravo
O. Sabrià Ramiro
I. Niubó de Castro
J. Peña Roca

Unidad de Crisis de Adolescentes.
Clínica Psiquiátrica Universitaria. Institut Pere Mata

Correspondencia:

B. Pascual García
c/ Rec comptal 5 pral 2ª.
Barcelona 08003
E-mail: betimacba@hotmail.com. pascualb@peremata.com

**ARRÉGLEMELA-
ARRÉGLESELAS** Dr.
Agresividad a los doce años.
A propósito de un caso

*Fix her up to me - manage yourself,
doctor. Aggressiveness in a 12
years-old girl. About a case*

De interés especial encontramos la presentación de dicho caso clínico por la GRAVEDAD, EVOLUCIÓN y DESENLACE del mismo.

Desarrollamos el tema de la agresividad en la adolescencia partiendo del análisis de la demanda, lo cual nos permitirá abarcar todo un abanico etiológico ante dicho síntoma, tan alarmante como frecuente en nuestra sociedad.

PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

Nos encontramos ante el caso clínico de una adolescente de 12 años que acude al servicio de UCIAS traída por sus padres por cuadro de conductas disruptivas y episodios de heteroagresividad hacia ellos.

Al inicio de la visita los padres aportan pruebas que documentan la actitud violenta de la adolescente tales como fotografías de hematomas en la madre y destrozos de objetos en el domicilio así como denuncia judicial que los padres interpusieron a la menor por agresiones varias. La madre refiere sometimiento de malos tratos con imposibilidad para controlar la situación, insultos por parte de la menor y actitud desafiante, beligerante durante la mayor parte del día con sentimiento de miedo hacia las consecuencias. Desde hace aproximadamente un año se aprecia un escaso rendimiento escolar con dificultades para mantener las relaciones escolares con distancia-

miento por parte de sus pares. Durante la entrevista los padres se muestran desbordados con la situación (sobre todo la madre), verbalizando incapacidad de contención, demandando un ingreso hospitalario ya que no saben a quien acudir dado que en otros dispositivos de Salud Mental donde la paciente era visitada previamente se les había cerrado las puertas alegando "Ustedes quieren a su hija?...". El padre de la paciente muestra un estilo de relación más autoritario con la adolescente siendo él quien establece límites.

Durante la primera entrevista de contacto con la adolescente sin la presencia de sus padres, la paciente muestra nulo contacto ocular con el terapeuta, actitud negativa, poco colaboradora, ánimo irritable y con respuestas esquivas: "Déjame... yo que sé".

Discurso escueto tan sólo refiriendo intensos sentimiento de rabia. En la entrevista conjunta (padres e hija) se ponen de manifiesto los intensos sentimientos de rabia de la adolescente con múltiples insultos hacia la madre y actitud de desprecio hacia ésta.

Se procedió al ingreso hospitalario en la UCA (Unidad de Crisis de Adolescentes) con el objetivo de valoración diagnóstica y estabilización psicopatológica.

ANTECEDENTES PERSONALES:

No antecedentes médico- quirúrgicos de interés.

Hábitos tóxicos: Tabaquismo. THC esporádico. Niega otros hábitos tóxicos.

Antecedentes psiquiátricos: Visitada en CSMIJ por alteraciones de conducta en los últimos meses.

Patobiografía: Embarazo normal. Parto eutócico. DPM sin incidencias. No menarquia. Hija única. Escolarización con buenos resultados académicos hasta hace un año con bajo rendimiento en el curso escolar actual (1º ESO). La madre la define como niña temperamental con cierto grado de liderazgo ante los compañeros. Sin incidencias en el desarrollo. Criada por canguros hasta los 10 años por incompatibilidad de horarios laborales.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre afecta de fibromialgia y depresión neurótica.

Durante el ingreso y a lo largo de las entrevistas con la paciente realizadas en la unidad, se observa ánimo hipotímico con actitud de rechazo hacia la madre, baja tolerancia a la frustración canalizándolo en explosiones coléricas vinculadas a la relación materno-filial: “mi madre se tumba en el sofá todo el día como una perra, no se ocupa de nada, lo tengo que hacer yo todo antes de irme al colegio, sacar a los perros, limpiar los platos, porque ella no lo hace..” .

En las entrevistas con la familia se objetiva una madre poco implicada en el proceso terapéutico de la adolescente. No acude de manera regular a las visitas concertadas con los terapeutas ni a visitas con la paciente por diversos motivos (recados varios, peluquería...). Durante las entrevistas conjuntas (padre, madre y adolescente) se evidencia por parte de la madre actitud de manipulación para llamar la atención del padre con múltiples muestras de cariño hacia él así como rivalidad con la adolescente de manera implícita en el discurso.

ENFOQUE TERAPÉUTICO.

La paciente se encuentra adaptada a la unidad con buen establecimiento de relaciones interpersonales con el equipo terapéutico y los pacientes de la unidad.

Se realiza proceso de evaluación psicológica de cara a obtener información en relación a estilo de personalidad así como la percepción de la adolescente de los estilos educativos parentales. Se administraron las siguientes pruebas: MACI (Inventario Clínico para adolescentes de Millon) no objetivándose puntuaciones significativas. SPA-29 (Estilos parentales): percibiendo como estilo educativo tipo indulgente a la madre así como autoritario al padre.

EVOLUCIÓN

Durante el ingreso, se evidencian las disfunciones en la relación materno-filial poniéndose de manifiesto las propias dificultades de la madre en el manejo de la relación así como en alguna ocasión se llegó a poner de manifiesto por parte de la madre la intención de renunciar a la guardia-custodia o internar en un centro a la adolescente). Padre más colaborador en el proceso terapéutico así como con un estilo relacional más afectivo.

La adolescente mostró progresivamente mayor conciencia de las dificultades así como motivación para el tratamiento. No objetivándose el mismo proceso en la madre. En la unidad su adaptación fue buena, con progresiva mejora del control del impulso así como de tolerancia a la frustración (no así en las salidas en casa, fundamentalmente cuando estaba a solas con la madre).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La agresividad en la infancia y adolescencia se halla en el origen de múltiples trastornos, tales como el trastorno bipolar, el TDAH o el trastorno disocial.

Resulta especialmente interesante en estos casos diferenciar entre la agresividad proactiva y la agresividad reactiva o secundaria. La primera parte de la constitución del individuo, que es incapaz de controlar sus impulsos y genera una respuesta violenta sin que exista estímulo desencadenante. Se trata de una acción fría y calculada carente de afecto de carácter instrumental, es decir para obtener algún tipo de beneficio. La agresividad reactiva, en aumento en los últimos años, surge como consecuencia de una situación estresante. Suelen ser sujetos hipersensibles a ciertos estímulos, los cuales no suelen iniciar peleas sino que reaccionan de manera descontrolada a los mismos. No obstante hay que tener en cuenta que el individuo debe tener predisposición a este tipo de conductas, así como una causa perpetuante que haga que ésta se repita.

Tanto la complejidad del caso clínico así como el interés radica en el diagnóstico diferencial que se nos planteó partiendo como síntoma principal las conductas disruptivas y agresividad a los doce años:

- Se descarta patología orgánica (pruebas complementarias: analítica con función tiroidea y serologías negativas). Tóxicos negativos.
- Trastorno Afectivo (Trastorno Bipolar): se aprecia ánimo irritable aunque limitado a la relación materno-filial. Se descarta por la ausencia de episodios maníacos (presión al habla, hiperactividad, distractibilidad, ideas de grandiosidad, fuga de ideas...) depresivos así

como mixtos recortados en el tiempo con periodos de normalidad. No se objetiva curso cicloide. No antecedentes familiares de bipolaridad. Conductas no mantenidas en diversos ámbitos.

- TDAH: no se aprecian alteraciones atencionales, ni de la psicomotricidad. Buen rendimiento escolar hasta hace un año. Tolerancia de normas sin conductas potencialmente peligrosas. Buena capacidad de espera en ámbitos extra-familiares. Presencia de actos de carácter impulsivo circunscritos al ámbito familiar.
- Trastorno Disocial de la personalidad: se no objetiva amenazas, intimidaciones, agresiones a personas o animales, robos y destrucción de la propiedad fuera del ámbito familiar.

Partiendo de la vulnerabilidad social, el contexto carente de afecto así como las escasas oportunidades que le ofrece el contexto desde la infancia hasta la adolescencia entendiendo la misma como una etapa crítica en el desarrollo vital de una persona, orientamos el caso clínico como:

Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento.

No pudiendo descartar que la evolución de las dificultades de la paciente nos lleve en un futuro a realizar un diagnóstico en la línea de Trastorno de la personalidad.

Al alta se decidió derivarla al Hospital de Día de Ado-

lescentes para abordaje terapéutico tanto de la adolescente como familiar ya que partíamos de la base que nuestra paciente poseía grandes capacidades que tendían a ser moldeadas desde lo transgresor. En coordinaciones con HDA nos informan de la buena adaptación y aprovechamiento que está realizando la paciente pero continúan destacando graves dificultades a nivel relacional materno-filial, planteando la familia (sobretudo la madre) la posibilidad de reingresos o incluso de renuncia de la guardia custodia.

A nivel de relaciones interpersonales buena adaptación (excepto con familia), mejora anímica y mayor control del impulso.

ARRÉGLEMELA-ARRÉGLESELAS Dr. nos presenta de manera ilustrativa las diferentes posibilidades diagnósticas de la difícil y controvertida etapa de la adolescencia donde se nos fue presentado el caso como una emanada de ayuda al profesional (ARRÉGLEMELA) con total delegación y nula asunción de responsabilidad (ARRÉGLESELAS) por parte de los progenitores.

“La mera contemplación de un modelo que actúa negligentemente podría provocar el desencadenamiento de la agresión en quien sólo latentemente estaba dispuesto a atacar”

Bandura, A. 1974