

J. Tomás
M. S. Ampudia
M. Bargadá
A. Bielsa

Trastorno de conducta: la fuga

Conduct disorder: the runaway

Unidad de Paidopsiquiatría. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Correspondencia:

J. Tomás
Unidad de Paidopsiquiatría
Hospitals Vall d'Hebron
Pg. Vall d'Hebron, s/n
08035 Barcelona

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

En la mayoría de estudios sobre el tema se pone de manifiesto que predomina en estos jóvenes:

- a. Sentimientos de desmoralización.
- b. Déficit de autoestima, con una pobre noción de identidad.
- c. Actitud bravucona y de desafío (reactivo a la inseguridad y temor).
- d. Se ven a sí mismos como personas inadaptadas: desde un punto de vista escolar (suelen tener una larga historia de fracasos), ocupacionalmente (escasa ocupación y poca experiencia en este sentido), socialmente (no han aprendido habilidades sociales o no se las han enseñado) e interpersonalmente (siendo perdedores y escogiendo siempre mal sus compañeros).
- e. Tienen muy poca capacidad de repercusión entre los que les rodean.
- f. Se sienten incapaces de modificar la actitud de sus padres, tanto si estos son abandonistas e indiferentes, como si son controladores excesivos y con tendencia al abuso.
- g. Creen que nadie es capaz de valorarlos.
- h. En muchos casos, el abandono del domicilio familiar es un "esfuerzo" que les "permite aumentar su autoestima".
- i. Muy a menudo se aprecia la existencia de distimia o depresión (se estima una prevalencia según los trabajos entre un 20% y un 80%. Un tercio de ellos presenta intentos de suicidio.
- j. Existe una alta incidencia de un abuso sexual anterior o concurrente con la fuga, en ambos sexos; en 2/3 chicas y 1/3 chicos. La explotación sexual influye extraordinariamente en este desarrollo sintomático. Esta experiencia desencadena un cuadro de angustia que luego da lugar a una depresión o directamente una depresión. El cuadro de angustia se manifiesta por: angustia, episodios disociales, disfunción sexual, abuso de drogas, trastornos de conducta, miedo a la gente adulta o mayor y dificultad en establecer una relación estable entre dos o tres personas.

Nota de la Redacción:

El presente Comentario Breve es la continuación del publicado en el número 3/98, con el mismo título y los mismos autores.

214

- k. Cuando aparecen conductas autodestructivas, de alguna forma significa que el cuadro clínico y situacional ha empeorado.
- l. A veces el consumo de drogas ocupa toda la panorámica clínica y parece ser la causa aparente de la expulsión de casa.
- m. Desde un aspecto conductual-relacional, domina una cierta tendencia a la actitud errática o vagabundeo, asociado a actitudes opositoras y provocativas. Cuando, en edades más tempranas, ya en casa o fuera, aparecen trastornos de conducta intrafamiliar o sociales, más fácilmente se van y el tiempo de estancia, en estos casos, es más largo. Muy frecuentemente, la perturbación en estos adolescentes es mucho más grave que en los otros.

A nivel psiquiátrico, desde una perspectiva psicopatológica, destaca la presencia nada infrecuente de: trastornos de conducta, depresión, abuso de sustancias psicoactivas, junto a trastornos de ansiedad, trastorno de hipercinesia, trastornos del aprendizaje lectográfico (dislexia). Las alteraciones de tipo psicóticas son poco frecuentes. En un porcentaje muy pequeño se aprecia la presencia de una actitud existencial, ya que la fuga es una aventura, consecuencia de la toma de conciencia de ciertos valores en adolescentes, que presentan índices de inadaptación muy leves y cuyas actitudes antisociales son mínimas. En otros no se aprecia ninguna diferencia de un adolescente normal, presentan una buena relación con los padres y familia en general, con relación afectiva en los límites de lo satisfactorio, su rendimiento escolar es totalmente aceptable y no existen manifestaciones de tipo psicopatológico.

VALORACIÓN DEL CONTEXTO FAMILIAR

La dinámica parental es fundamental, quizá es el aspecto más importante. Suelen presentarse tres formas características de relación, si bien en cada caso pueden estar combinadas o complementarse una a otra en forma distinta.

- La pobreza en la relación padre-hijo da lugar a que se negativice la comunicación entre ambos, llevando a los padres a una actitud de ausencia de apoyo y gratificación suficiente hacia sus hijos.
- En otras ocasiones hay abusos verbales, imposiciones aleatorias, exigencias disciplinarias inconstantes y contradictorias, que combina actitudes de sobre-dirección constante y permanente con otras de desinterés total y falta de supervisión o control de la conducta y responsabilidades que el adolescente va adquiriendo en su desarrollo.
- Por último, en ciertos casos, predomina una actitud familiar de falta de tiempo de dedicación hacia los hijos, los padres están completamente absortos en "sus problemas y deseos", están en "sus necesidades de realización específica", en algunos casos justificado como sacrificio por parte de ellos hacia los hijos. Esta "ausencia" psicológica no permite la actividad de ayudas, no hay apoyo en las actividades escolares o para otras cuestiones.

En muchos casos, no es nada infrecuente que en los padres sea detectable la presencia de alteraciones psicopatológicas tales como: personalidad antisocial, con tendencia o abuso de drogas o alcohol e inestabilidad y desorganización parental-familiar, debido a la presencia de procesos de tipo depresivo, psicótico o de tipo borderline. Lo más frecuente es que los padres necesiten ayuda.

ETIOPATOGENIA

Fuga y ruptura o situación de crisis

La patología mental no es la primera causa de la fuga, sobre todo en los adolescentes, sino que aparecen con una función significativa de ruptura, de crisis, frente al grupo social familiar o de la sociedad. La mayor parte la realizan en respuesta a problemas familiares. A las carencias afectivas de todo tipo, hoy se añade muy a menudo la presencia de abusos sexuales en el seno de la familia. Por ello, las perturbaciones psicopatológicas

son más frecuentes entre los adolescentes fugados. Las características de la fuga varían según su función. De acuerdo con este criterio se distinguen dos tipos básicos: la fuga breve e impulsiva, con retorno espontáneo, que reviste una función de huida ("marcharse de ...") y las fugas de más larga duración sin intención de regreso, en que lo importante es "ir", no es "marchar", importa el destino de la fuga ("partir hacia...").

La fuga de los adolescentes no deberá nunca banalizarse a priori. Ciertos estudios muestran la existencia de una correlación entre este trastorno de conducta y un aumento de los riesgos de hospitalización por enfermedad, así como el incremento de mortalidad.

El alejamiento del domicilio y la duración de la fuga son factores de riesgo importantes. La asociación a otros trastornos de conducta (delictivo especialmente), las manifestaciones depresivas, los antecedentes de tentativas de suicidio, son frecuentes. Se genera o acentúa el uso de drogas (así como del alcohol) y la contaminación sexual o por inyección del virus de la inmunodeficiencia humana. En estos jóvenes, la exposición al riesgo del SIDA se ha evaluado como unas seis veces superior al de los que viven en casa de sus padres.

Otro agravante es el que estos adolescentes no piden ayuda antes de estar en una situación de crisis. Hay una gran heterogeneidad entre los jóvenes en ruptura, por ello una gran parte escapan a la definición clásica del adolescente fugitivo.

El comportamiento errante sin voluntad de retorno se articula a partir de la fuga. En su mayoría son chicos, nacidos en medios urbanos que se reúnen en lugares estacionales de tipo festivo, con una búsqueda constante de dinero, que se lo procuran a través de pequeños oficios, o con conductas delictivas menores, particularmente la reventa de drogas que ellos mismos consumen junto con alcohol. Adoptan una actitud de desprecio total a la prevención especialmente al SIDA, que algunos aceptan con fatalismo y resignación como una salida de su existencia. La valoración psicopatológica muestra un humor depresivo constante, rasgos de carácter psicopático y estructuras psicóticas, en ocasiones enmascaradas por drogas alucinógenas. La relación social se reduce a la mínima expresión

de demandas inmediatas, imperativas, con una actitud global de desconfianza frente a las instituciones (hospital, servicios sociales, etc) frente a las cuales eligen y prefieren las asociaciones de tipo caritativo. Pocos de ellos manifiestan deseo de ser atendidos, y "viven" la situación como "una fuga ilusoria sin fin", es para lo demás "una vida gris, sin alegría, suicida".

Patología del "viaje", "viajes patológicos"

Con el desarrollo del transporte y la facilidad de desplazamiento, ha aparecido una patología ligada "al viajar", que es sensiblemente diferente de las conductas de fuga, aunque también consiste esencialmente en un desplazamiento del lugar de origen. Se distinguen tres tipos de "desplazamiento-viaje": el viaje patológico simple, cuya función es obedecer al delirio sin integrarse en él en ningún aspecto, el viaje patológico secundario, que se integra al contenido del delirio y el viaje patológico puro, conjunción de los precedentes.

No siempre es fácil distinguir cual es el factor desencadenante de la patología, si el viaje o algún aspecto concreto de él o bien un cierto comportamiento psicopatológico desde su inicio. La facilidad actual para viajar enmascara motivaciones psicopatológicas bajo el aspecto de una conducta adaptada. Esta situación está estimulada, en ocasiones, por el entorno, médico o publicitario, que suelen presentar el viaje como una posible terapia antidepressiva. Los estados delirantes agudos motivan el 50% de las repatriaciones sanitarias psiquiátricas. En la mayoría de casos aparece en sujetos sin antecedentes. La anamnesis, muestra que la decisión de partir ya estaba inscrita en una problemática orientada hacia la descompensación. Por lo tanto, no se trata simplemente de un deseo de ruptura con el medio habitual, sino de la manifestación de una ruptura con la experiencia vivenciada, conservada secretamente, cuyo origen es anterior al viaje o a la fuga-viaje. El sentimiento de extrañeza es previo al inicio. Se produce en cualquier país, mejor si es lejano y con connotaciones misteriosas, especialmente Asia, la atracción por su cultura, religión, filosofía y costumbres se convierte a partir de este momento en el tema deli-

216 rante con interés místico o filosófico. No le anima la curiosidad por aprender, sino la certeza de que la verdad se encuentra al final del viaje, en la armonía reencontrada entre su experiencia interior y el entorno que le seduce. En la mayor parte de estos casos se encuentran mayoritariamente estados psicóticos, con una proporción importante de trastornos bipolares. Estos trastornos aparecen en mayor frecuencia entre pacientes, de edad mediana y en varones.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA FUGA

Una fuga, aparentemente reactiva a una situación conflictiva en un adolescente, puede, de hecho, revelar una patología mental. Cada una de estas conductas, sea cual sea su contexto clínico, encuentra su significación propia en la historia personal de cada sujeto.

Procesos de tipo neuropsiquiátrico

La forma de aparición y su desarrollo revelan el estado de conciencia o de las capacidades cognitivas. Bruscas, inesperadas, realizadas sin preparación alguna, acompañadas por otros trastornos graves de conducta y de la relación. Suelen consistir en deambulaciones caóticas.

La fuga en el curso de un estado confusional

Se produce como una reacción a alucinaciones de tipo onírico muy angustiantes. Se acompaña de amnesia. Está ligada a perturbaciones de origen tóxico, infeccioso, traumático o metabólico. También puede tener un origen psicógeno, debido a las manifestaciones emocionales, que aparecen como consecuencia de una catástrofe.

La fuga epiléptica

No es muy frecuente. En ocasiones, precede o sigue a las crisis generalizadas. Inicia de forma inesperada, brutal y cuando reaparece la conciencia se acompaña de una amnesia del episodio. La historia clínica y el estudio EEG facilitan el diagnóstico. Generalmente, son más frecuentes entre los

episodios críticos, sobre todo cuando se aprecia la existencia de bradipsiquia y tendencia a reacciones explosivas. Una situación conflictiva puede actuar como desencadenante.

La fuga en el retraso mental

Debido a sus escasas posibilidades de elaboración cognitiva, con hipersensibilidad y emotividad, generalmente dependientes, reaccionan muy a menudo con una conducta de fuga, frente a situaciones conflictivas, que aparecen dentro de un ambiente de abandono o rechazo. A veces, este accidente inicia una situación que lo convierte en víctimas potenciales, al ser tan sugestionables.

Trastornos Psicóticos

En el curso del episodio de tipo *maníaco*, la presencia de ideas delirantes en el seno de la hipertimia expansiva acrecienta el riesgo de fuga; suele evolucionar como viaje patológico, ligado a temas delirantes mesiánicos o de persecución. La *inhibición psicomotriz del melancólico* en las formas ansiosas o delirantes, favorecen la aparición de una fuga; existe en este caso un gran riesgo de suicidio, hasta el punto que en cierta ocasiones es su única motivación. En las *psicosis crónicas* es frecuente una inestabilidad con fugas reiteradas o viaje patológicos en relación íntima con las alucinaciones o los contenidos delirantes. Hay fugas auténticas en la *esquizofrenia*, tanto en las formas distímicas como en la hebefrénica, pero mucho más todavía en las que presentan formas de entrada insidiosas y subaguda; hay que buscar pequeños signos de actividad delirante insidiosa, bajo las expresiones de oposición al orden establecido o de elección filosófica o religiosa.

Trastornos Neuróticos

Fundamentalmente en las formas de tipo histéricas. Va de la seducción a la evitación, alterna seducción y retraimiento, vive en el escenario que le ofrece la mirada del otro. La fuga es una forma de dirigirse al otro, la respuesta frente a una situación vivida como abandono o rechazo. Aparece en sujetos muy reactivos coléricos, que "pasan al".

La fuga puede aparecer bajo un estado crepuscular de la consciencia, no desestructurada, con amnesia posterior. Una fabulación puede dar un aspecto romántico. Esta fabulación se diferencia de la mentira, conscientemente elaborada para engañar.

CONSECUENCIAS Y CONDUCTA PATRÓN

La mayoría de adolescentes dejan su casa con un plan más o menos elaborado. La partida suele ser en la mayoría de las ocasiones precipitada. Generalmente van a casa de un amigo que suele residir a una distancia relativa de su casa, habitualmente no muy lejos. En otras ocasiones van a un lugar concreto que les interesa conocer o a una ciudad que les resulta atractiva por cualquier razón.

Si son chicas, lo más frecuente es que se vayan con su "amigo", el cual es el que suele darle cobijo y dinero. Lo más habitual es que el episodio termine cuando el dinero termina. En ocasiones, la policía es quien advierte y facilita el retorno a casa, en otras ocasiones es un conocido quien los encuentra. Cuando no se producen "daños", la experiencia incluso puede resultar beneficiosa si la adolescente que se fuga reside en un ambiente funcional correcto y sano. Las actitudes punitivas son nefastas y suelen poner en marcha un espiral de desastres; por ello, es muy importante ser capaz de "recibir" percibiendo, procurar "entender" todo lo que subyace como "demanda" en el comportamiento adoptado.

Cuando la estancia en la calle es larga, no permite ser tan optimistas y, generalmente, suele ser menos benigna. Pocos adolescentes pueden sobrevivir sin "daño" en la calle. Si la estancia es "superior a un mes", la necesidad es muy importante y las posibilidades de que se cometa algún delito son prácticamente seguras: robos, venta de drogas, explotación de otros o extorsión, pornografía, prostitución, etc. Si la estancia es más larga y se cronifica entonces hay que considerar que 3/4 parte de los adolescentes se ven forzados a implicarse en prostitución, 3/4 partes entran en actividades más o menos importantes de venta de drogas y 3/4 partes son o serán detenidos y retenidos por diversos motivos por la justicia. Desde un

punto de vista físico, el riesgo es muy importante: violación, asaltos, palizas, etc, con los daños físicos asociados que tal tipo de situaciones comportan; sin olvidar la probabilidad de que aparezcan embarazos, heridas continuas, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad por mal estado de salud secundario al abandono y desorden, muerte, infecciones de piel, parasitosis, trastornos respiratorios y digestivos, malnutrición. A mayor abundamiento, todo este conjunto de alteraciones y accidentes físicos no suelen recibir ninguna atención de los servicios de salud.

En US unos 900.000 adolescentes se implican en prostitución anualmente. En Cataluña correspondería, si existiera el mismo problema y la misma proporción, a 22.000 adolescentes. No todos los adolescentes que se implican en prostitución son fugitivos. El inicio sexual en US se sitúa entre los 12-13, en Cataluña entre los 15-17; la prostitución aparecería entre los 14-15 en US, generalmente en un inicio traumático, por maltratos, abuso o violación. Se calcula que sólo el 50% de los adolescentes, que crónicamente permanecen en la calle, podrían volver a reintegrarse en su casa.

PREVENCIÓN

Los fugitivos deben ser objeto de medidas de protección y de cuidado. Hay que renunciar a la concepción idealizada y algo romántica de la fuga juvenil que ha prevalecido hasta ahora. Es necesario reconocer los riesgos a los que esta conducta expone. La prevención organizada por una política social de la ciudad, por una política educativa, remite a opciones económicas que sobrepasan el marco de los especialistas. El descubrimiento de los desarreglos familiares no está siempre al alcance de los educadores, médicos o servicios sociales. Muchos casos escapan a toda vigilancia, más en ambientes con retraimiento y depresión. La "fuga iniciática" es un "momento clave". Está en una restauración todavía posible de la relación con el mundo de los adultos, mientras va hacia los riesgos implícitos en la ruptura definitiva del vínculo social. Es el momento en que el trabajo de campo y la disponibilidad de los centros de acogida en-