

Artículo de
investigaciónAproximación al
adolescente con trastorno
de conducta disocialADELE MOBILLI ROJAS
CARLOS ROJAS MALPICA

INTRODUCCIÓN

La perspectiva de la Salud Mental ha evolucionado y ya no se entiende como un concepto unidimensional, absoluto, ni de normalidad estadística, pero tampoco como utopía o ideal. La salud mental combina experiencias cognitivas, afectivas y de relación. Cada vez más se reconoce la importancia de los componentes externos: social, económico, ambiente físico y red social de apoyo, que conducen a un concepto más amplio de salud mental. Pero además se admite que la salud mental no consiste sólo en vivir placenteramente, sino que también entraña tolerancia al dolor y el sufrimiento que hacen parte de la vida cotidiana.

La OMS define la salud mental como:

la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar entre sí de manera tal que promuevan el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y utilización de habilidades mentales, el logro de los objetivos individuales y colectivos consistentes con la justicia y la obtención y preservación de las condiciones básicas de igualdad (1).

Los centros de salud mental del Estado Carabobo(2), brindan atención comunitaria (preventiva y asistencial) a la población y en el trabajo diario encontramos situaciones que

RESUMEN

El propósito de la investigación fue estudiar las relaciones del mundo vivencial del adolescente con trastorno de conducta disocial con componentes sociales, psicológicos, biológicos que colaboran en el mantenimiento de la estructura clínica. La investigación tiene enfoque complejo dialógico, cuyo primer momento fue el acercamiento a tres adolescentes de Valencia, Venezuela.

Metodología: enfoque Complejo Dialógico. Matriz epistémica complejidad. Fundamento lógico configuracional. Paradigma Cualitativo

Resultados: La experiencia nos permitió realizar formulaciones complejo-dialógicas, encontrando adolescentes cuya conducta disocial podía expresarse como una manifestación de humor depresivo, otros como mecanismos defensivos ante conflictos psicosociales y otros con visos de frialdad y crueldad, en relación con componentes sociales, psicológicos y/o biológicos de los sujetos.

Discusión: Características del desarrollo ejercen influencia significativa sobre la conducta, presentando vinculaciones complejas, por lo que requiere un abordaje complejo-dialógico, integrado con el contexto personal, familiar, cultural que nos permita alcanzar formulaciones dialógicas.

Palabras clave: Adolescentes, disocial, psicosociales, dialógica, complejidad.

SUMMARY

The purpose of this study is to approach the experiences from teenagers with dissocial behavior disorder. The study included a preliminary approach to three teenagers in Valencia, Venezuela.

Methodology: approach: complex dialogical. Epistemic matrix: complexity. Basis: configurational logic. Paradigm: qualitative.

Results: the experiences told by the teenagers allowed the researchers to formulate dialogical theory for each one. Researchers found some teenagers whose dissocial behavior could be described as depression. In others, this dissocial behavior was a defense mechanism against frustrations and psychosocial conflicts. In others, it showed traits of coldness and cruelty, in relation with sociality, psychologist or/and biologic of subjects.

Discussion: Development characteristics have a significant influence on behavior. Thus, it requires an integrated complex dialogical approach within personal, familiar, and cultural contexts. These approaches shall allow for a dialogical theory formulation.

Key words: teenagers, psychosocial, dialogical, dissocial, complexity.

removieron las bases teóricas y en donde el paradigma cualitativo en oportunidades nos dejó la inquietud que algo faltaba, ¿cómo explicar la sensación que deja el interactuar con madres que sufrían por los problemas de la conducta de su hijo, mujeres que hurgaban su proceder en un intento de explicar y comprender su responsabilidad por no haber hecho de su hijo un joven “correcto” como sus hermanos; mientras que en el otro extremo, hubo madres que auspiciaban los delitos como modo de vida para el grupo familiar?

Nos ha tocado contrastar y establecer empatía con adolescentes transgresores -que cometieron robo con armas- en cuyo mundo interior existían “valores”, como la solidaridad con su comunidad y sentimientos de compromiso con su familia. Por ejemplo, hubo un adolescente que relató: “cuando llego de un atraco grande hay fiesta en mi cuadra, porque ese día y los siguientes nadie pasa hambre, yo les doy comida a todos, porque no soy egoísta”; mientras que otro adolescente nos expresó: “¡pa'malandro yo!, yo me sé defender de todo, yo robo, pero mis hermanos no, para ellos yo no quiero esto, quiero que estudien y se superen”.

Experiencias como estas causaron impacto y de alguna manera desorganizaron nuestro “saber”, para ese entonces lineal, sistemático, basado en concepciones biológicas y psicológicas, que entendía que había un contexto, que para “comodidad” diagnóstica y terapéutica era negado de manera ingeniosa e inconsciente. Edgar Morín expresa, de alguna manera, lo sucedido en este transitar asistencial en el programa de Salud Mental Comunitaria: “Toda evolución es el logro de una desviación cuyo desarrollo transforma el sistema donde ella misma ha nacido: ella desorganiza el sistema reorganizándolo”(3).

Ello ocurre con nuestro saber ya establecido, pero también al interior del grupo social del adolescente, donde los valores y la vida cotidiana se re-organizan en función de la transgresión de éste, con sus riesgos y los pequeños beneficios circunstanciales que reporta.

De los adolescentes atendidos en el Césame Sur en el año 2004, 53 por ciento presentó Trastorno Disocial(4), sin embargo en la mayoría de los casos los mecanismos empleados, dieron como resultado que nuestra práctica estuviera limitada, a pesar del esfuerzo, a una etapa diagnóstica basada en criterios clínicos evidentes. Apreciamos que cada adolescente tenía una contraparte individual de gran relevancia que era imposible ignorar, y que posiblemente investigándola, podríamos conseguir realizar acciones destinadas a una atención más efectiva, integral e integradora. Estas limitaciones y dificultades en el trabajo diario con los adolescentes nos llevaron a formularnos las siguientes interrogantes:

- ¿El desarrollo biológico, cognitivo, relacional y cultural de los adolescentes ejerce influencia significativa sobre su conducta? ¿Están vinculados entre sí?
- ¿Cómo se genera el trastorno de conducta disocial, qué matices culturales tiene, cómo lo viven, expresan y explican los adolescentes de Valencia?
- ¿Existe alguna diferencia entre los modelos explicativos de otros países al nuestro?
- ¿A qué se debe el pesimismo social, institucional y científico?
- ¿Por qué es un fenómeno creciente?
- ¿Podremos intentar aproximarnos a una solución (preventiva o asistencial) clínica, institucional o social?

La conducta humana está determinada por la interacción de múltiples factores: biológicos (expresión genética, maduración), psicológicos (psicodinamia, aprendizaje, cognitivos), y sociales (contextuales, ecológicos), existen diversos modelos explicativos acerca de su desarrollo, su interacción con los constructos del desarrollo moral(5), con los factores de riesgo y factores protectores, la resiliencia(6), pero a pesar de ello, todavía no son muy claras las conclusiones sobre la relación que existe en la forma como la sociedad norma las conductas y cómo el individuo construye su personalidad, su carácter e incluso sus patologías. Nosotros esperamos que esta investigación contribuya a profundizar en el estudio de las conductas disociales de los adolescentes.

Los Trastornos Disociales son definidos según la OMS como un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales no adecuadas a la edad del sujeto, provocando un deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral, pudiendo presentarse en el hogar, en la escuela y/o en la comunidad (7). Las investigaciones consultadas, hablan de la influencia de componentes genéticos (8)(9), personales, familiares, sociales (10) en la génesis del trastorno.

De acuerdo a datos aportados por la OMS, los motivos de consulta más frecuentes en este grupo etario son, en primer lugar los problemas psicosociales y familiares, seguidos por depresión, problemas escolares y los intentos de suicidio (11), podemos observar que son alteraciones psicopatológicas que repercuten en ellos mismos y en la comunidad.

Consideramos que este estudio tiene gran importancia y pertinencia debido a que el 21 por ciento de la población mundial está representada por adolescentes (12); 33,2% de la población venezolana es menor de 15 años, 40 % están fuera del sistema escolar y, como lo revela la UNICEF (13), en Venezuela 30 a 40 mil adolescentes están dedicados a cometer actos violentos y delitos. La OMS reporta estudios donde el trastorno de conducta disocial tiene una prevalencia de 1 a 10% en poblaciones abiertas de niños y adolescentes, y hasta 28% en muestras clínicas (14). La investigación es relevante porque aspiramos aproximarnos al mundo vivencial de los adolescentes, conocer los diversos aspectos de su comportamiento, estando abiertos a encontrar, relacionar e interactuar con su realidad con el propósito de proponer ideas o modelos de abordaje globales.

METODOLOGÍA

Reconociendo la riqueza e inconmensurabilidad de la dinámica humana manifiesta en la conducta de los adolescentes, sus trastornos y su mundo vivencial, fundamentamos la investigación en la *Corriente Epistemológica de la Complejidad* (15), la cual nos permitió concebir la realidad del estudio en forma indeterminada, como un tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico.

Al plantear que nuestro fenómeno de estudio está inscrito en la complejidad, el enfoque relacionado es el *Complejo Dialógico* debido a que éste propone que las causas y los efectos presentan relaciones complicadas, que los problemas están interconectados a una red dinámica, que así como en nuestro fenómeno de estudio, está presente la no-linealidad,

porque se define la salud mental como aquel estado sujeto a fluctuaciones, es decir, la salud mental nunca es una línea recta, sino más bien una línea ondulada, con crestas y valles, son fluctuaciones que se dan dentro de ciertos límites, si esas fluctuaciones sobrepasan dichos límites entonces estamos en el terreno de lo patológico y como patologías ameritan la realización de diagnósticos, pero asumimos que en el diagnóstico categorial no se completa ni concluye el conocimiento, nos planteamos dialogar con la realidad más que simplificarla, medirla o explicarla mediante otros métodos clínicos o de investigación rígidos, este diseño nos permitió que lo cualitativo, lo cuantitativo y lo dialéctico se complementaran: estudiamos las experiencias vividas por los adolescentes, reconociendo que los aspectos subjetivos son relevantes e imposibles de sintetizar en datos estadísticos.

No entendemos las estructuras clínicas como entidades discretas, sin solución de continuidad con las otras estructuras clínicas, ni con los componentes de orden social, biológicos, antropológicos y culturales que las pernean.

Nuestra fundamentación fue la Lógica Configuracional, porque nos permitió ubicarnos como investigadores en el centro del proceso, relacionándonos con el problema singular de cada adolescente, siendo sujetos activos frente a opciones clínicas cualitativas o cuantitativas, cada formulación dependió del problema y su contexto.

Finalmente el *Paradigma Cualitativo* fue el que nos permitió escoger selectivamente una muestra pequeña, para el trabajo en profundidad y poder alcanzar la interpretación de los sentimientos de los adolescentes mientras experimentan el fenómeno o proceso. Accedimos al significado subjetivo que ellos le dieron a sus situaciones y experiencias, con el paradigma cualitativo pudimos tener la creatividad necesaria durante el proceso de la investigación, utilizando un diseño abierto, flexible y emergente. Buscamos encontrar lo más importante y significativo para los adolescentes sobre los acontecimientos y dimensiones subjetivas. Finalmente utilizamos el método inductivo: de los datos de cada adolescente llegar a la teoría o formulaciones clínicas, fenomenológicas y/o complejo-dialógicas.

ESTUDIOS CLÍNICOS

Se estudiaron tres adolescentes: dos masculinos y una femenina. Como primera estrategia de acercamiento se realizó una exploración clínica mediante entrevista en profundidad, en encuentros cara a cara, no estructurados.

Se discutió con sus representantes el consentimiento informado, para posteriormente, y de acuerdo a los hallazgos y diálogo con su realidad, proceder a reunir la información a través de varios instrumentos cualitativos o cuantitativos, cuya selección fue individualizada y adecuada a cada adolescente.

Caso clínico A

Adolescente femenina de 16 años, estudiante universitaria (mercadeo) traída por su tía, porque se negó a asistir con su madre, ya que tienen muy

malas relaciones desde hace aproximadamente año y medio. La adolescente presenta agresividad verbal y física hacia la madre y otra tía que vive con ellas. Sus salidas nocturnas son hasta el amanecer, se ha ido fines de semana completos, ha sustraído dinero a la madre y de la tienda de ésta, se fuga de clases, ha aplazado todas las materias, tuvo problemas en la universidad porque descubrieron que pagaba a otros estudiantes para que le realizaran los trabajos y asignaciones. Tuvo una detención policial por trasgresión de leyes de tránsito (excedió horario y límites de la ciudad), evadió la penalización seduciendo al oficial de tránsito.

ALGUNOS DATOS ANAMNÉSICOS: Procede de una familia de cuatro miembros: los padres, un hermano dos años mayor que ella y la paciente. El hermano fue víctima de homicidio por arma de fuego 18 meses antes de la presente evaluación, se presumió "ajuste de cuentas", el hermano consumía drogas. El padre falleció (homicidio por arma de fuego) 12 meses después que el hijo, se presume que ofreció resistencia ante un atraco.

Posterior a la muerte del hermano y del padre, se vino una tía a vivir con la madre y la adolescente, a fin de acompañarlas y ayudar en el hogar. La adolescente fue excelente estudiante (conducta y rendimiento) hasta hace dos años. La atmósfera de violencia que rodea a la adolescente es obvia, como también lo son los antecedentes familiares. Todo nos hace presumir una carga genética, que sólo alienta pesimismo terapéutico, de acuerdo a todas nuestras lecturas.

En las primeras sesiones, se pudo evidenciar que la paciente no poseía síntomas manifiestos subjetivos (vertiente

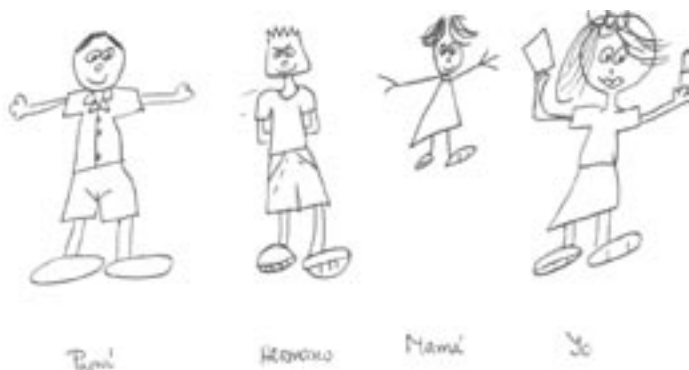


Carlos Larracilla/Fluidos

FIGURA 1



FIGURA 2



interna), decir que no le causaba preocupación su conducta, por lo cual decidimos aplicar el Test de Apercepción Temática (TAT), como instrumento que nos revelara alguna de sus vivencias y apreciaciones, siendo alguno de sus resultados los observados en la Figura 1.

En los resultados del TAT, observamos la gran carga pulsional tanática y agresiva; así como sentimientos de vacío y soledad los cuales no logra identificar plenamente, pero que “encubre” interpretándolos en términos de locura.

Otro de los instrumentos cualitativos empleados en esta adolescente fue el test pictórico, del que presentaremos específicamente el dibujo de la familia (Figura 2), debido a las contribuciones que nos aportó.

En el dibujo de la familia resaltaremos tres aspectos: presencia de su padre y hermano fallecidos (evidencia de sus duelos), desvalorización de la madre (figura parental poco contenedora), y exaltación de rasgos seductores en sí misma (proyección de su desarrollo sexual, libidinal y conducta externa actual).

La paciente en forma espontánea fue realizando una especie de registro o diario, el cual entregaba entre sesión y sesión. A continuación transcribimos algunos fragmentos:

-yo sé q' escribir me va a ayudar, pues es otra de las opciones q' tengo para controlarme, por eso q' tanto se quejan los demás (...) si no puedo confiar en mí mismo como puedo confiar en otra persona, no puedo dejar de hacer lo q' no quiero hacer y nunca hago lo que quiero (sic).

En esta frase podemos apreciar la estructuración de conductas rígidas y predecibles del comportamiento, es la denominada enfermedad mental como anánkè (16), descrita como pérdida de la capacidad de dar respuestas comportamentales ricas, variadas y más saludables.

-todo es tan distinto a como era antes, siempre soñé libertad pero no tanto, esto es como libertad pero con dolor mucho dolor y desesperación de poder sostenerme en ella y no caer bajo (...) eso es la vida sufrir disfrutando (sic).

Podríamos interpretar la lucha de fuerzas: pulsiones contra normas, el desplazamiento libidinal. Freud (17) habla de la pulsión de muerte desviado hacia el mundo exterior y que sale a la luz en forma de instinto de odio, agresividad y destructividad. En nuestro caso las pulsiones se anulan y colocan la vida “más allá del principio del placer”, con soberbio dramatismo y sin los matices propios de la vida saludable.

En el caso de la paciente los procesos sucesivos de pérdidas y duelos pueden haberse constituido en estresores muy potentes, pudiendo llevar a la utilización de mecanismos defensivos (sobre-compensación, autodestrucción) destinados a ofrecer alivio, evidenciados a través de conductas disruptivas.

“Ahora que lo pienso bien, yo si soy así, tal vez esa niña buena NO existe ya no tengo más oportunidad (...) ahora todo me cuesta tanto, a pesar q' siento q' soy mas capaz, No es así” (sic), esta frase que muestra su humor depresivo y conjuntamente sentimientos de impotencia, que pudieron ser evidentes para la adolescente al cabo de algunas sesiones clínicas.

A la paciente se le realizó estudio electroencefalográfico con resultado dentro de límites normales y dos pruebas toxicológicas (cumpliendo cadena de vigilancia y en fechas inesperadas para la paciente) para determinación de cannabis y cocaína, las cuales fueron negativas.

COMPRESIÓN: Podemos formular que la adolescente femenina de 16 años, presenta diagnóstico de trastorno Disocial según la CIE-10, pero la profundización clínica en esta paciente nos permitió proponer también la presencia de un trastorno afectivo (depresivo). Desde la perspectiva de la complejidad podemos plantear que las características del desarrollo ejercen influencia significativa sobre la conducta y presentan vinculaciones complejas, que la conducta “sana” está sujeta a fluctuaciones biológicas y sociales, en el sentido de la relación con el mundo y con los otros. Observamos la conducta disocial como búsqueda de compensaciones a vivencias de debilidad o impotencia, evasión de su mundo aflictivo y reducción de sus sufrimientos, más también como marca familiar.

Caso clínico B

Adolescente masculino de 13 años. Evaluado por iniciativa de los padres debido a expulsión escolar por daño intencional a compañero: el adolescente durante la hora del receso de clases, introdujo al termo de agua de su compañero 12 comprimidos de bromazepam, 20 de ibuprofeno y 2 de sildenafil, con la intención de causarle malestar para que no asistiera al juego de fútbol pautado, con el argumento que

era mal jugador y hacía perder al equipo. Este paciente fue evaluado tras una fuerte presión social, ya que pertenece a un estrato social alto (padres abogados, adinerados) y proviene de un colegio dirigido por sacerdotes. Se presentó un grave conflicto entre los padres de la víctima, apoyados por numerosos padres de otros estudiantes, quienes solicitaron al colegio la suspensión definitiva del adolescente y denunciarlo ante las autoridades por intento de homicidio.

ALGUNOS DATOS ANAMNÉSICOS: Sus padres se unieron en matrimonio muy jóvenes debido a embarazo, la unión se mantuvo unos meses y se divorciaron. La dinámica familiar se caracteriza por modelos de crianza divergentes entre los padres: la madre es exigente, impulsiva, pierde el control con facilidad, trabaja gran parte del día y cuando llega a la casa recibe quejas de la doméstica las cuales enfrenta con gran severidad (castigos físicos, prohibiciones), ante las cuales el adolescente se enfrenta a gritos o se enoja y se va a la casa del padre, éste último vive solo, se va con él los fines de semana, salen de paseo y le compra todo lo que quiere.

Le cuesta integrarse a grupos debido a que le parecen tontos los compañeros. En 5º grado ocasionó daño en escuela lanzando un fuego artificial dentro de la dirección académica y hace dos meses ingresó bebida alcohólica en verbena escolar. Desde pequeño le atrae prender fuego.

Al encontrarnos con el adolescente la primera vez, nos sorprendió su control emocional, frialdad, léxico rico y técnico, el cual utilizó en su “defensa”.

En el TAT, podemos describir la reiterada presencia de muerte de algún miembro del vínculo parental. Llamó también la atención que en la lámina vacía (Figura 3) dijo que era una foto de su familia.

Se aplicó el test de la figura humana, obteniendo el resultado que se observa en la Figura 4:

En el dibujo se observa el uso de sombrero, cabeza grande y ausencia de cabello, rasgos que pueden simbolizar egocentrismo, vanidad e hipervaloración emocional. También encontramos asimetría en los ojos y el signo de ojos vacíos que pudiesen estar indicando deseo de aislamiento social. Asimismo los brazos pegados al cuerpo y el único segmento que presenta borrón representan carencia de espontaneidad en las relaciones con el medio.

COMPRESIÓN: La teoría psicodinámica ve la conducta como producto de cuatro factores relacionados: los motivos básicos, las estructuras mentales que controlan los motivos y regulan su expresión; los valores, objetivos y actitudes que el individuo ha adquirido de su familia y la sociedad, y la realidad externa. En este caso, la conducta disocial es psicopática cuando la satisfacción de motivos básicos adquiere importancia dominante. Las funciones de regulación y de control del ego son deficientes, y el individuo busca satisfacción inmediata con poca consideración de otros aspectos del funcionamiento psíquico o de las demandas de la realidad. Esto, debido a alteraciones en el desarrollo del súper-Yo: el cual será ausente o hipertrofiado, porque está formado por imágenes parentales distorsionadas, la característica del súper-yo determinará la asimilación de valores y principios morales, así como el desarrollo del sentido del bien y el mal.

Los aportes del psicoanálisis nos permiten teorizar acerca del papel de las frustraciones internas que representan

FIGURA 3



FIGURA 4



para la personalidad del individuo, una amenaza más seria que las externas, pues suele producir una considerable tensión emocional con los consiguientes trastornos de la conducta.

Caso clínico C

Adolescente masculino de 17 años. Referido por juez de control de la sección penal del adolescente, debido a estar procesado por atraco con arma de fuego, capturado en flagrancia.

ALGUNOS DATOS ANAMNÉSICOS: Maltratado físicamente por el padre (quien abusaba de bebidas alcohólicas) hasta los ocho años del paciente, fecha en que se va de la casa, desde entonces no mantienen contacto. La madre es trabajadora doméstica por lo que delega el cuidado de los hijos a la abuela. Tiene cuatro hermanos (tres masculinos y una femenina) sin aparentes problemas de conducta.

Presentó bajo rendimiento, peleas y deserción escolar. Juegos sexuales en la niñez e inicio de la actividad sexual 13 años.

Con este adolescente consideramos pertinente el análisis de las teorías contextuales, psicosociales, así como la interacción entre factores de riesgo, factores protectores para representar su mundo vivencial y su relación de entorno.

COMPRESIÓN: Los factores a los cuales se viene haciendo referencia se dinamizan, emergen en diferentes temporalidades, se superponen, se cruzan, se intensifican o debilitan, se atenúan, entran en acción y se van estructurando a través de un proceso largo y complejo, donde la intensidad y elasticidad que los caracterizan hacen la diferencia, para que, en un momento dado, se comportaran como factores protectores o como factores de riesgo. Esta interacción nos remite al concepto de autopoiesis en donde el individuo se va construyendo en esta compleja gama de relaciones con el medio. Pero también permite detectar la resiliencia, que apunta a reconstrucciones saludables de la vida, aún en las peores circunstancias pensables en la vida de un adolescente.

La interacción dialéctica se observa cuando los valores del adolescente se gestan en forma muy dinámica en diferen-

CUADRO 1
ACTITUDES, EXPERIENCIAS, COMENTARIOS Y VIVENCIAS...

Expresión Emocional	Adolescente	Madre
Ira	"Me preocupan mis pensamientos, siento la necesidad de golpear y vengarme"	"Muy variable, a veces dulce pero otras muy soberbio"
Alegría-tristeza	"Las escondo y demuestro lo contrario"
Miedo	"No sé cómo expreso el miedo, ya que lo siento poco"	"nunca le ha tenido miedo a nada, ni siquiera cuando vivía con su padre"
Área laboral	"Creían que era un esclavo" "Trabajo en lo que salga"	"Se retiró por peleas" "Creo que tiene tiempo robando porque se le ve plata"
Área escolar	"No me gustaba estudiar en ese liceo, ya que por ser de otro barrio, no me aceptaron y tuve tantos problemas que me amenazaron con matarme"	"en todos los colegios peleaba"
Hábitos Psicobiológicos	Tabaco desde los 13 años. Alcohol desde los 15 años (en fiestas) Marihuana "la probé a los 15 pero no me gustó"	"creo que fuma y toma"

tes situaciones como las siguientes: crecimiento y desarrollo del individuo, vínculos parentales, momentos de crisis situacionales de orden individual, familiar y escolar en la infancia como el resultado de la crianza en la familia, en interacción con otros actores sociales y otras instituciones como la escuela, la iglesia, los diferentes grupos comunitarios.

TEORIZACIÓN

El propósito de la investigación fue estudiar el mundo vivencial del adolescente con trastorno de conducta disocial en relación con componentes clínicos, fenomenológicos y complejo-dialógicos. Al intentar aproximarnos a los aspectos relacionados con los trastornos disociales no sólo nos confrontamos con la dificultad instrumental de considerar todos sus aspectos, sino a toda la problemática conceptual implicada. Nuestro punto de partida fueron las distintas perspectivas teóricas de la salud mental y de la adolescencia: biologicista, psicodinámica, cognoscitiva, social y compleja, las cuales intentamos vincular de manera integrada e integradora para una mejor comprensión del adolescente.

La salud mental puede definirse como un estado sujeto a fluctuaciones, provenientes de factores biológicos, psicológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como para formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y para participar constructivamente en los cambios que puedan producirse en su medio ambiente físico y social.

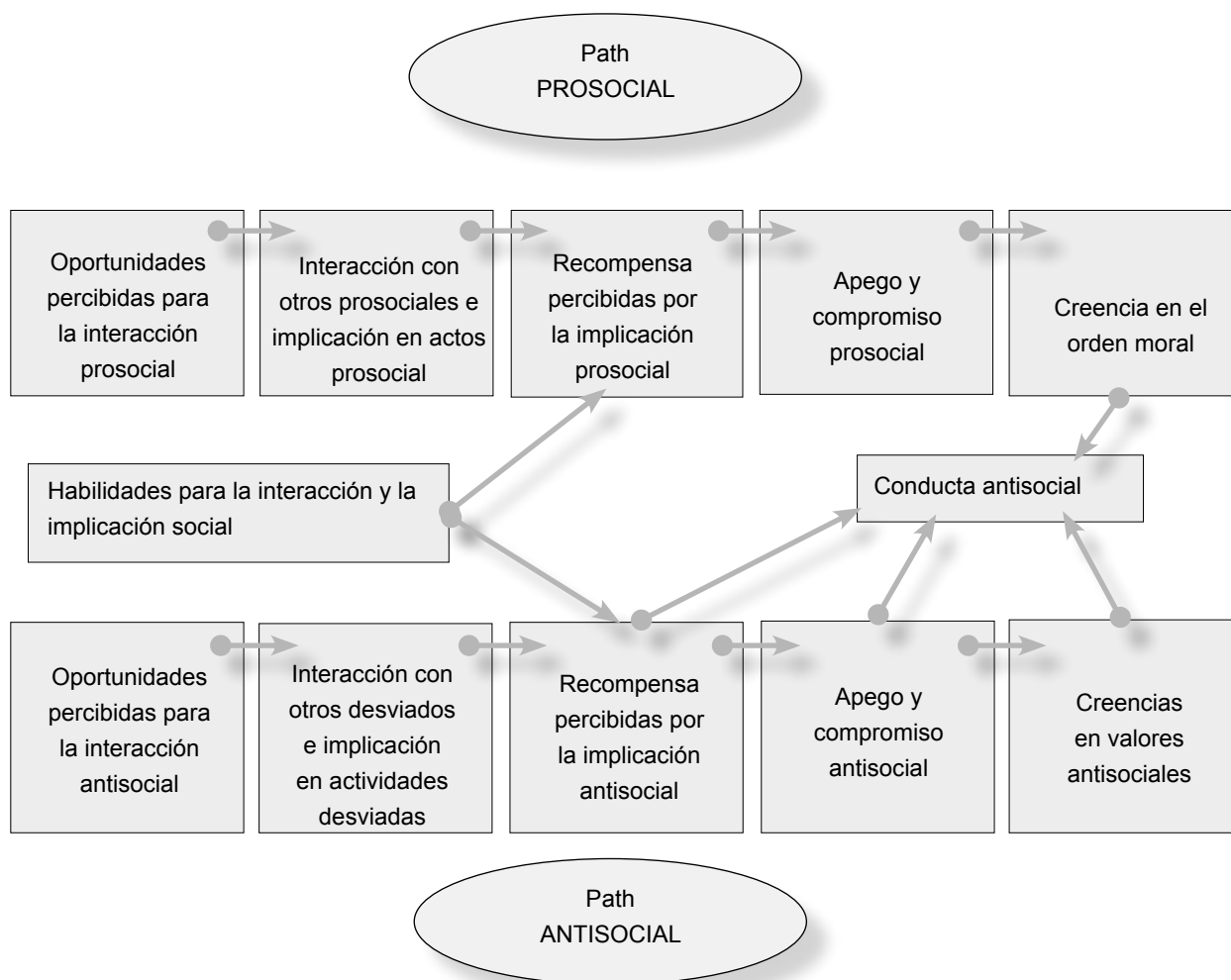
Al relacionar y contextualizar la realidad del adolescente con las características de su desarrollo, observamos que esta interacción ejerce influencia significativa sobre su conducta y presentan vinculaciones complejas: el individuo y el ambiente se construyen mutuamente, es la llamada Autopoiesis (18), pudiendo proponer que la conducta disocial emerge como respuesta rígida, inmutable o anánkè.

El llamado modelo del desarrollo social (19) pretende ser un esquema explicativo de diferentes tipos de conducta problemática, ubicando el foco de atención en el tipo de vínculos que se establezcan con los entornos de socialización. Cuando se genera una fuerte vinculación con entornos antisociales, aparecerá un comportamiento antisocial y apearse a familias violentas o desajustadas facilitará la aparición de conductas agresivas y disruptivas.

El individuo percibe oportunidades para interactuar con individuos antisociales y se implica con ellos. Dependiendo de lo reforzante que resulte esa implicación, se desarrollará apego hacia esos individuos y se interiorizarán valores antisociales. Éstos favorecerán la implicación en conductas antisociales.

En la investigación encontramos adolescentes cuya conducta disocial podía inscribirse como una manifestación de humor depresivo, otros como expresión de mecanismos defensivos ante frustraciones y conflictos psicosociales, y otros con visos de frialdad y crueldad; la interacción dialéctica se observa cuando los valores del adolescente se gestan en forma muy dinámica en diferentes momentos:

CUADRO 2. MODELO DEL DESARROLLO SOCIAL



Catalano y Hawkins (1986)

los componentes biológicos presentes desde la gestación, la configuración biológica en relación con sus primeros vínculos parentales, el proceso de socialización, todo ello activándose, modelándose, interactuando, con los factores de riesgo, los protectores, la resiliencia; estos componentes en relación dialógica que no implican una relación causal, “los hechos que preceden a otros hechos no necesariamente los causan” (20). La palabra causa se encuentra muy ligada con asociaciones engañosas, y la razón por la que la física haya cesado de buscar causas es que, en verdad, no hay tales cosas, las causas y los efectos presentan relaciones complicadas, por ello es preferible hablar de componentes de una estructura compleja, bien enquistada y dominando anancásticamente la conducta, o abierta, permitiendo opciones de libertad.

El campo de la salud se refiere a una realidad compleja, que demanda una visión amplia y una intervención interdisciplinaria y transdisciplinaria en el que se requiere fundamentalmente un abordaje complejo-dialógico, que comprenda para transformar, y cuya teoría, desafiada por la práctica, sea repensada permanentemente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo. Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas esperanzas;2001. available at: <http://www.who.int/whr2001>
- (2) Rojas Millán,E. *Programa Césame, INSALUD* (mimeo).Valencia. Venezuela; 1996.
- (3) Morín E. *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Francia, UNESCO;1999. 67 págs.
- (4) INSALUD Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Valencia, Venezuela; 2004
- (5) Muuss, R. *Teorías de Adolescencia*. Argentina, Paidós; 1982. 296 págs.
- (6) Donas,S. *Marco epidemiológico Conceptual de la Salud Integral del Adolescente*. OPS/OMS. mimeo;1997.
- (7) OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo. Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas esperanzas. Carpeta de prensa, 2001. available at: <http://www.who.int/whr2001>.
- (8) Kandel ER: “*A new intellectual framework for psychiatry*”. Am J Psychiatry 1998; 155:457-469
- (9) Mata, Eduardo: “Aspectos biológicos del tipo “A” de personalidad”.Rev. Arg. de Psiquiatría, 5:286-289, 1994.
- (10) Volavka, Jan: “*Neurobiology of Violence*”.2da edición. American Psychiatric Press, Washington, USA;2002. 410 págs.
- (11) Organización Panamericana de la Salud(OMS).Psicología Comunitaria para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades en las Américas.Washington: OPS; 2001.
- (12) OMS, Atlas Country Profile; 2001. Available at: www.who.int
- (13) Ministerio de Educación,Cultura y Deporte. Zona educativa. Venezuela; 1.999.

- (14) Organización Mundial de la Salud. Programación para la Salud y el Desarrollo de los Adolescentes. Ginebra: OMS; 1999.
- (15) Leal Gutiérrez, J. La autonomía del sujeto Investigador y la metodología de investigación. Venezuela; 2005. 136 págs.
- (16) Rojas, C., Villaseñor, S. Gómez-Jarabo, G. *La Enfermedad mental como Anáncè*. Inv. Salud, 2004 6: (3)159-164.
- (17) Freud, S. Obras Completas. Madrid. Edit Biblioteca Nueva; 1948. 1277 págs.
- (18) Maturana, H., Varela, F. De máquinas y seres vivos. Autopoiesis: la organización de lo vivo. 6ª Ed. Buenos Aires. Lumen Humanitas; 2004. 137 págs.
- (19) Catalano, R. F; Hawkins, J.D. *Risk focused prevention: using the social development strategy*. Developmental Research and Programs, Inc. Sattle.W.A; 1995.
- (20) Alfonzo, E. C. *Nuevos paradigmas sobre la prevención* Comisión Interamericana CICAD-Organización de Estados Americanos OEA.(Mimeo)Universidad de Carabobo. 1998.

ADELE MOBILLI ROJAS*
CARLOS ROJAS MALPICA**

* Médico psiquiatra. Investigadora adscrita a la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente (UNISAR) de la Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela. Aspirante al título de doctora en ciencias médicas de la Universidad de Carabobo. E-mail: amobilli@yahoo.com

** Profesor Titular del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.



Carlos Larracilla/
La caricia de lo
irreparable