



"ORIGEN Y EVOLUCION EN LA ADOLESCENCIA DE LA AGRESIVIDAD Y LA VIOLENCIA"

DR. ESTEBAN GASPAR

En esta comunicación nos referiremos a los orígenes y evolución en la adolescencia, de la agresividad y la violencia desde el punto de vista psiquiátrico. La literatura respectiva considera que la agresividad, la violencia y la delincuencia juvenil son conductas causadas por múltiples factores que constituyen acontecimientos bio-psicosociales, por lo tanto no son dominio de una sola disciplina. Concretamente no constituyen una enfermedad médica, por lo tanto la mirada que dirigiremos hacia estas emociones, actos o conductas van a ser parciales a partir de las disciplinas médicas y psicológicas.-

Antes de comenzar a reflexionar sobre estos temas y leer la bibliografía más reciente nos hemos recordado de un libro que hemos leído hace ya varias décadas, se trata de Tensiones Matrimoniales de Henry Dicks. El autor durante más de 20 años trabajó en la unidad familiar de la Clínica Tavistock de Londres, publicó en los años 60 el mencionado libro y comentó en sus primeras páginas que en 1910 en Inglaterra había menos de 800 solicitudes de divorcio para pasar a casi 30.000 en los años de la postguerra, a mediados de siglo. Se multiplicó por lo tanto el índice de divorcio por 3500. Se pregunta el autor que hubiera pasado si hubiera habido semejante incremento en otra área de la salud mental ; plantea que qué va a pasar con el concepto de familia, qué va a suceder con los hijos de estos matrimonios disueltos.

Ya leyendo algún material específico intitulado, 20.000 delitos cometidos por 75 muchachos descritos por Dalter y Levander, 2 investigadores suecos, comunican en el año 1998 después de 20 años de estudio, de seguimiento el incremento llamativo de las conductas delictivas: de 200 delincuentes juveniles en el año 1940 se pasó a 4300 en el año 1980 en Suecia un país de 7 millones de habitantes.-

La pregunta que surge al reflexionar sobre estas dos interesantes observaciones es que qué relación hay entre la desintegración de los hogares y el incremento de la criminalidad que de algún modo está enraizado en la agresividad y la violencia.-

A su vez las publicaciones norteamericanas que se ocupan de la violencia intrafamiliar, como del abuso y del maltrato de niños y mujeres, delitos sexuales y e xtrafamiliares como las conductas

delictivas señalan un incremento de estos hechos fundamentalmente la mayor violencia empleada, el aumento de la drogadicción y del alcoholismo en los jóvenes y su ingreso a estos círculos a edades cada vez más tempranas.-

Nos ocuparemos en esta comunicación de los siguientes puntos: a) de las bases biológicas de la agresividad, b) del desarrollo de la agresividad desde la niñez temprana a la adolescencia, c) de las enfermedades psiquiátricas del niño y del adolescente que cursan con violencia o apuntan al desarrollo de trastornos de personalidad con tendencia a la violencia y a la delincuencia en la adultez, d) para finalizar con algunas proposiciones de prevención.-

Bases biológicas de la agresividad

Numerosos sistemas orgánicos intervienen, generan la conducta agresiva. El cerebro es un órgano de extraordinaria complejidad cuyo funcionamiento se va esclareciendo en las últimas décadas. Sin lugar a dudas nuestras funciones cerebrales nos hacen ser lo que somos.-

Se sabe últimamente que hay estructuras cerebrales que se completan recién después de los primeros dos años de vida. El cuerpo calloso con sus millones de fibras que conectan los dos hemisferios cerebrales se termina de configurar cerca de los dos años de vida ya señalado. Esto tiene una importancia crucial para esclarecer como los vínculos tempranos de un bebé con la madre si la hay o con quienes rodean al bebé, se inscriben valga la expresión en su anatomía. Como dice en un reciente trabajo el Dr. Enrique Probst titulado Psicoanálisis y Neurociencias los

afectos son los primitivos productores de la motivación humana y poseen las siguientes propiedades: son neurofisiológicamente generados por señales similares a las sensaciones pero no ocurriendo en los clásicos sistemas sensoriales sino en las estructuras límbicas. La activación neurobiológica de los afectos, gatilla estereotipos motores como la expresión facial, la postura, el tono de la voz los cuales transmiten a su vez los datos físicos que subyacen a la empatía y a la comunicación emocional. Sigue diciendo el Dr. Probst en su trabajo de que estas ideas generan hipótesis derivadas que el comportamiento y la comunicación no verbal de los padres evocan en los niños los afectos que guían el desarrollo del carácter.-

A las primeras experiencias humanas entre las cuales se ha destacado los primeros vínculos con la madre se yuxtaponen a través de mecanismos recientemente descubiertos, la plasticidad cerebral motivo por el cual cualquier cosa aprendida constituye un cambio anatómico en el cerebro.-

Desde esta perspectiva es relevante recordar dice el Dr. Probst que el desarrollo neurológico de la corteza pre-frontal se completa alrededor de los 20 años de edad.-

Hemos hecho referencia un tanto amplia al trabajo citado para explicar y comprender que el cerebro es el centro integrador donde está ubicado naturalmente nuestro mundo psicológico, nuestro aparato psíquico que tan brillantemente concibió Freud.

Es en nuestro cerebro donde nos percatamos de la realidad social que nos rodea es en el cerebro donde se generan nuestros pensamientos, razonamientos, nuestro carácter y nuestro comportamiento .-

Después de esta breve disquisición reseñaremos algunos centros nerviosos y después otros factores biológicos vinculados con la agresividad y violencia.-

La agresividad es modulada en varios niveles cerebrales desde el hipotálamo ubicado en la parte inferior del cerebro hasta la corteza cerebral.-

En el circuito límbico, en el circuito emocional la amígdala en particular desempeñan funciones reguladoras de la agresividad.-

Lesiones experimentadas en laboratorio con monos, con gatos certifican la importancia de las áreas cerebrales señaladas como también la jerarquía del nivel más alto del control ubicado en el área pre-frontal de la corteza. Pacientes que sufren una injuria, una lesión cortical puede volverse agresivos e irritables o violentos.-

Los neurotransmisores cuyo conocimiento permitió la extraordinaria acción de la psicofarmacología también tiene un extenso lugar los procesos neurofisiológicos de la agresividad.-

La serotonina en particular se destaca como modulador de la agresividad, siendo también importantes la dopamina y las vías dopaminérgicas ascendentes. Estas vinculaciones de la agresividad y la bioquímica tienen una gran importancia ya que se tiene la esperanza de poder actuar sobre estas vías con la medicación correspondiente que esperamos sea más eficaz de la que disponemos actualmente. Otras áreas que mencionaremos solamente se vinculan con la endocrinología es que elevados niveles de testosterona y niveles bajos de glicemia son generadores o incrementadores de la agresividad.-

Con respecto a los factores de herencia, los estudios actuales expuestos en un artículo de Cadoret y Col. examinan los factores genéticos vinculados con la agresividad y con la violencia desde 3 puntos de vista. Primero estudios de familia, mellizos y casas de adopción establecen factores genéticamente transmitidos vinculados con estas conductas. Segundo, estudios realizados con niños adoptados aseguran que elementos socioambientales interactúan con los genéticos que implica que para el desarrollo de la agresividad se requiere la presencia de ambas circunstancias, genéticas y ambientales. Tercero, se está viendo que los mecanismos bioquímicos asociados a la agresividad, son causados por genes específicos en los modelos animales pudiéndose confirmar que existen mecanismos fisiológicos similares en seres humanos.-

El desarrollo de la agresividad y de violencia

Si bien la agresión ocurre en el contexto de conductas como las antisociales o abuso de sustancias u otras delictivas a los efectos de su estudio, es conveniente aislar la agresividad.

Dicha conducta enraizada en el instinto agresivo propio de la especie humana por no decir de

toda especie animal, tiene un desarrollo en los seres humanos que es muy útil estudiar como lo hace Petit en su trabajo. -

La agresión puede describirse como un acto que daña o hiera a otra persona que en su extremo culmina en el acto violento. Sus raíces se encuentran en los vínculos interpersonales agresivos, pero no violentos, en la temprana infancia vinculados al entorno familiar y a los pares del niño.-

Hay amplias y conocidas descripciones de las primeras relaciones del niño con la madre que fueron enriquecidas por Otto Kenberg quien describe cuatro etapas en el desarrollo de las relaciones objetales que van entre las primeras semanas de su existencia hasta los 18 y 24 meses de edad. Describe dicho autor que la respuesta que recibe el lactante al llanto que es una manifestación biológica, fisiológica, es una respuesta dependiente de la actitud de la madre. A partir de allí se desarrolla en forma particularísima en cada caso de relación de objeto. Según este autor es en esta etapa de relaciones objetales cuando se adquieren características patológicas determinantes de la patología mental que en su niñez, adolescencia o adultez el individuo desarrollará. Concretamente Kenberg plantea que de acuerdo con la perturbación de la instalación relacional el individuo presentará perturbaciones de nivel inferior medio y superior, clasificación que establece para estudiar las afecciones psicóticas, narcisistas, fronterizas y neuróticas fundamentalmente.-

Por otra parte sobre esa primera etapa del desarrollo humano hay una amplísima literatura inglesa pos-Freudiana al respecto.-

Volviendo a la temática del desarrollo de la agresividad saltaremos a los 12 meses de vida donde el niño ya se encuentra interesado en las actividades de sus semejantes.

A partir del primer año a la etapa preescolar se observan sus descargas hostiles manifestadas por pequeñas agresiones físicas, pega, empuja generalmente con su cuerpo y a veces con objetos a sus compañeros, lo mismo sucede en el hogar si tiene hermanos de edad semejante. Los padres y los maestros generalmente tratan de regular y corregir estas manifestaciones.

El desarrollo del lenguaje ayuda al niño a inhibir su conducta motora e irse comunicando a través del lenguaje.

A su vez este le permitirá expresar su agresividad verbalmente cuya dimensión e intensidad dependerá de los suministros externos que ha ido recibiendo a los que fue interiorizando y de la manera como su aparato psíquico en formación permitirá la exteriorización de sus afectos hostiles. La estructura censora, o sus esbozos, el superyó ya está presente en esa etapa, precozmente según Melanie Klein.-

La interrelación intersistémica entre el ello, el yo y el superyó irá determinando en esa edad y en toda la vida posterior el modo de vinculación, el quantum de agresión y su exteriorización. Los niños pequeños se van dando cuenta en forma lenta y ya más en la edad escolar de las manifestaciones de los otros que amenazan a su autoestima provocándose la respuesta agresiva.-

Es sumamente conocida la influencia de los padres y del entorno familiar sobre el modo de manejar el niño su agresividad. El determinante de cómo los padres ejercen su autoridad y la firmeza a la disciplina, la rigidez, las conductas primitivas condicionan el manejo de la agresividad del niño como también lo condicionan la permisividad, la falta de límites por la aceptación pasiva de parte de los padres de las conductas inadecuadas del niño.-

La socialización de la agresividad tiene que ocurrir en el ámbito familiar si hay fallas en ese entorno o el ambiente familiar natural no existe o es sustituido por otro, la situación en el futuro del niño cambia radicalmente.-

Patrones fijos y estabilidad de la agresividad

Se acepta la idea de que existen factores fijos de agresividad. Estudios longitudinales han demostrado que en niños agresivos (con agresividad patológica) en un elevado porcentaje se convierten en antisociales y violentos y que prácticamente todos los antisociales adultos antes han tenido trastornos de conducta en su niñez y en su adolescencia.

La mitad de los niños con conductas antisociales se convierten en adolescentes con rasgos múltiples de personalidades antisociales y la mitad de éstos se convierten en adultos con personalidad antisocial bien definida. Basándose en estos elementos se puede trazar un camino, una trayectoria que conduce a la agresividad crónica, la trayectoria persistente a lo largo de la vida que puede ser de comienzo temprano es decir preadolescente o puede comenzar en la adolescencia.- El trayecto del comienzo precoz es el más severo, los que lo recorren tienden a convertirse en adultos violentos.-

Para el grupo de comienzo tardío el pronóstico es mejor, las agresiones ocurren en la adolescencia, su tratamiento y evolución es más favorable. Esta connotación importante que se acaba de hacer, de ver la agresividad como un patrón estable a lo largo de la vida condice con el concepto de trastorno de personalidad, los que se definen precisamente en función de que son modos de ser, estructuras con patrones fijos de conducta.-

La relación con los pares como codeterminante de la agresividad.

Comenzando en la temprana niñez y siguiendo en la infancia y con particular énfasis en la adolescencia, la interacción con los pares y con los coetáneos juega un papel fundamental en el desarrollo de la agresividad. Existen evidencias que las alianzas con compañeros determinan el estilo y el quantum de la agresividad. La aceptación por grupo de pares o ser excluido de los mismos está estrechamente vinculado con la agresión. El rechazo por el grupo social de pares es más perturbador que la aceptación. La elección de grupos donde la agresividad y su máxima expresión, la violencia es vista como un valor, va fijando una conducta en esta dirección volviendo estable, instalándolo como un patrón fijo de la personalidad.-

El rechazo de los pares a su vez incrementa la conducta agresiva y dificulta el aprendizaje de habilidades sociales y el logro de conocimientos adecuados que deben ser adquiridos en la época escolar y en los años inmediatamente posteriores.-

La red de amistades que establecen puede ser con personas de características semejantes que lo llevan a cometer trastornos de conducta.-

En función de lo expuesto acerca del desarrollo de la agresividad puede pensarse que las tendencias antisociales, incluyendo la conducta violenta, suceden en función de varios factores que se van yuxtaponiendo. Entre estos factores deben ser mencionados el temperamento y la reactividad psicofisiológica vinculados con lo biológico; aspectos parentales como su postura frente a la disciplina y del desenvolvimiento emocional con respecto al hijo; el tipo de exposición y de desenvolvimiento con los pares.-

Ciertos niños nacen en un mundo donde las conductas establecidas por el temperamento y los factores psicofisiológicos lo predisponen a desarrollar problemas de conducta parental defectuosa, motivo por el cual al entrar en la escuela ya tiene déficit para el aprendizaje social y académico.-

Las experiencias adquiridas en la escuela le son frustrantes y el niño es rechazado por su grupo, se va acortando así su abanico de posibilidades comportamentales.

El conjunto de estos acontecimientos dificulta o impide su aprendizaje para afrontar y tratar con éxito los hechos y acontecimientos sociales, condiciona el malentender las intenciones de los otros y responder con rápida agresividad sin poder pensar o evaluar las consecuencias e sus actos frente a lo que se cree una provocación del OTRO (coetáneo, maestro o figura autoritaria) el sujeto, niño o adolescente y puede responder con agresividad o con violencia.-

Las enfermedades psiquiátricas del niño y del adolescente

El tema es evidentemente de naturaleza médico-psiquiátrico y psicológico y es nuestro papel reconocer, comprender y tratar las enfermedades de los niños y adolescentes.-

En los manuales de diagnóstico hay un extenso capítulo llamado Trastornos de inicio en la infancia, en la niñez y la adolescencia. Del conjunto de trastornos destacaremos tres entidades que tienen que ver directamente con el tema de la agresividad y de la violencia. El más notorio es el llamado trastorno disocial, también llamado trastorno de conducta cuya característica esencial como dice el DSM IV es un patrón de comportamiento persistente y re-

petitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto.

Estos comportamientos son: comportamiento agresivo que implique daño físico o amenaza a otra persona, que causan pérdidas o daños a la propiedad, fraudes o robos y violaciones graves a las normas. Estos trastornos provocan un deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral. Puede presentarse esa conducta en el hogar, en la escuela o en la comunidad. Esta afección, los trastornos de conducta o trastorno disocial es prácticamente el mismo en los adultos de personalidad antisocial. Es interesante reflexionar que nomenclaturas anteriores americanas lo llamaban conductas sociopáticas y las escuelas francesas y alemanas lo llaman, en el caso de los adultos, psicopáticas, enfermedad de la psiquis como parece decir la designación europea o enfermedad social como está implicada en su nombre actual.-

Esta problemática la analiza muy adecuadamente Otto Kenberg cuando señala que el criterio diagnóstico orienta adecuadamente hacia los orígenes infantiles de esta patología del carácter pero desdibuja la distinción entre los determinantes socioculturales y económicos de la delincuencia por un lado y la patología de la personalidad por otro.-

Dice este autor que hay una clara relación entre las constelaciones específicas del desarrollo infantil temprano y la ulterior desadaptación social del individuo.-

Estos niños y adultos tienen desde el punto de vista psicopatológico otra característica significativa, es la acentuada presencia de rasgos narcisistas de personalidad. Su autocentrismo excesivo, su superficialidad emocional con estallidos de inseguridad, alterna con su grandiosidad y omnipotencia que le impide ver de algún modo la realidad, entender la norma y no desafiarla. Tienen una notable incapacidad para defenderse de los otros, para establecer vínculos empáticos y comprometedores con los otros. Ya hemos hablado en el capítulo anterior de esta comunicación de la relación de estos pacientes con sus pares.-

Cuando el adolescente proviene de un hogar tempranamente desintegrado, cuando no fue deseado por los padres, o por la madre soltera, cuando no recibió el afecto y los cuidados en su

primera infancia, se comprende que el paciente adolescente-adulto no ha tenido de donde sacar los sentimientos de empatía con los otros. Lo que faltaría comprender es que hay pacientes con estos mismos trastornos y estos mismos rasgos de carácter que no han tenido las carencias afectivas antes señaladas.-

Otro elemento psicopatológico a estudiar es que es lo que sucede con la instancia moral interna de estos pacientes, carecen de superyó o al contrario tienen un superyó hipertrofiado que los empuja a las actuaciones o tienen lagunas en esa estructura psíquica, criterio al cual parece adherirse Kenberg. Evidentemente es un superyó patológico formado por imagos parentales muy distorsionadas. Volviendo al mismo tema; si no hubo imagos parentales con más facilidad se entienden estos defectos.-

El trastorno por déficit de atención por hiperactividad es otra de las afecciones de la infancia y de la adolescencia vinculada con nuestra temática. Como dice el DSM IV la característica esencial del trastorno es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un desarrollo similar. Algunos síntomas pueden aparecer antes de los 7 años, pero la afección tiende a ser diagnosticada en forma tardía, fundamentalmente en la época escolar. Los niños con este trastorno pueden no prestar atención suficiente a los detalles y cometer errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos, sigue diciendo la discusión del manual citado.

El trabajo suele ser sucio, descuidado y realizado sin reflexión. Estos niños tienen dificultades para mantener su atención en sus actividades escolares, lúdicas o de trabajo, resultándoles difícil persistir en la tarea hasta finalizarla. La hiperactividad implica por la inquietud, por la dificultad de permanecer sentado, de dedicarse tranquilamente a jugar.

En los adolescentes y adultos los síntomas de hiperactividad adoptan la forma de sentimiento de inquietud, dificultad de concentración y de mantener actividades sedentarias, tranquilas. La impulsividad se manifiesta por impaciencia, dificultad para esperar, interferir e interrumpir en las actividades colectivas igual que en el adulto el impulso es impensado y la acción se precipita.-

Estos trastornos generan un deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica y laboral.- Muy a menudo los pacientes presentan una comorbilidad con trastorno negativista, desafiante, con un trastorno disocial (trastorno de conducta) con trastornos específicos de aprendizaje, con trastornos de ansiedad o estado de ánimo.-

Es importante señalar que estos trastornos son duraderos, que como se dijo pueden preceder la edad escolar en cuyo caso hay que ser cauteloso para el diagnóstico y si bien pueden atenuarse en la adolescencia y en la vida adulta en otros casos aunque sean minoría pueden persistir a lo largo de toda la vida. Corresponde destacar que los psiquiatras de adultos no tienen la noción de la jerarquía de ese cuadro en los adultos, si bien han aparecido en los últimos años 2500 publicaciones al respecto. Este dato lo obtuvimos del artículo de Dalteg y Levander, quienes han estudiado 75 delincuentes juveniles que han tenido el síndrome de hiperactividad y trastornos de atención.-

Todos ellos han tenido trastornos de conducta y el 68% han tenido el trastorno atencional descrito. Según esta investigación los hiperactivos han tenido una mejor historia psicosocial, pero mayores problemas escolares, mayor tendencia criminal y peor evolución social .-

Los delitos cometidos no están especialmente ligados a la violencia, pero sí a la criminalidad, siendo entonces este síndrome un indicador, un predictor a la delincuencia. Otra investigación (de Guitlerman) realizada en adolescentes en forma retrospectiva hacia la infancia y prospectiva hasta los 30 años, demuestra la tendencia de la evolución a largo plazo de la enfermedad. A los 30 años el 30% de los pacientes tenía el síndrome TDAH, el 3% se trataban.

En la adolescencia los pacientes portadores del síndrome cometían más actos violentos y eran de mayor impulsividad que el grupo de control. Guitlerman encontró mayores problemas socio-familiares y ambientales que en el grupo de control.-

Como el último grupo de trastornos en cuyo génesis y evolución tiene singular importancia mencionaremos el trastorno negativista desafiante cuyos rasgos más sobresalientes se centran, siempre siguiendo el DSM IV, en un pa-

trón recurrente de un comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil con conductas como accesos de cólera, discuten, desafían a los adultos, pero no tienen conductas contra las personas o contra la propiedad, no engaña, no miente como los disociales (trastornos de conducta).-

Un elemento en común es que los 3 trastornos descritos presentan en sus antecedentes familiares significativos índices de enfermedad mental, como trastornos antisociales, trastornos del humor, trastornos por ansiedad.-

Si nos ponemos a pensar en el motivo de consulta por los cuales los adolescentes nos vienen a consultar o los traen familiares o lo envían las autoridades a las institución donde trabajamos, son muchas pero por su alta frecuencia proporcional en el mundo actual se destaca: el uso de sustancias incluyendo el abuso de alcohol, la conducta violenta en el medio familiar o el medio social, los adolescentes víctimas de violencia, la delincuencia juvenil, los trastorno de la alimentación y algunos de los I de A E. Citamos estas conductas o motivos de consulta diarios en el quehacer del psiquiatra porque inmediatamente tendemos a preguntarnos acerca de la caracterología, de los rasgos de carácter, de la personalidad del paciente que vemos por lo motivos de consulta citados. Nos tenemos que preguntar acerca de las características de la personalidad, precisarlo lo mejor posible porque esto nos va a permitir formular el pronóstico de los pacientes, si el adolescente que abusa de la droga lo hace para compartir una experiencia de sus pares en la cultura o va a caer en una drogadicción, como también se intentara determinar, pronosticar si la conducta violenta del adolescente sublimar o apunta a un trastorno antisocial o a conductas criminosas.-

En esta etapa diagnóstica se articularan los antecedentes de los trastornos de conducta (conducta disocial) y déficit atencional, si los hubo o no, con evaluación del entorno psicosocial previa y actual en la infancia.-

Por lo tanto detrás de estos planteos diagnósticos del eje I tenemos que buscar los rasgos de personalidad de estos pacientes que a veces en etapas tempranas o medianas no constituyen un trastorno de personalidad bien configurado. Estos diagnósticos hay que ubicarlos en el eje II.-

Para recoger los datos son necesarias varias entrevistas mediante las cuales se explorará cuidadosamente la biografía del paciente, de sus antecedentes familiares y personales, los estudios paraclínicos y las entrevistas con familiares de compañeros de estudio o de trabajo. Se van determinando así las circunstancias que se registrarán en el eje IV, señalando así la decisiva importancia que tiene en la configuración "definitiva" del ambiente psicosocial, sociocultural y socioeconómico.-

Lo expuesto tiene que hacer pensar en la importancia de investigar y esclarecer los lazos que unen la patología del niño-adolescente-adulto. Investigar estos vínculos entre las patologías en qué proporción dependen de la herencia, de la genética, de la interacción entre los adultos e hijos en la etapa temprana. Investigar cual es la evolución de las afecciones psiquiátricas desde la infancia-adolescencia-adulthood. En nuestro medio la Dra. Zamora estudió 112 adolescentes y llegó a las siguientes conclusiones: la presencia de conductas agresivas y violentas es uno de los principales motivos por los cuales es un adolescente derivado a consulta psiquiátrica. Estas conductas tienen su antecedente en conductas perturbadoras desde el período escolar.

Todos tienen algún tipo de maltrato, encontrándose el abuso sexual con mayor frecuencia en grupos socioeconómicos más bajos. Por último concluye que las manifestaciones de violencia entre los jóvenes son un epifenómeno de la violencia familiar.-

El seguimiento de los pacientes a largo plazo en psiquiatría y psicología es como el estudio anátomo-patológico, vinculamos lo dicho en el contexto del este trabajo a la agresividad, violencia y delincuencia cuya mejor comprensión hará más fácil su prevención y tratamiento.-

Medidas de Prevención Propuestas

1. Propiciar la unidad familiar.-
2. Hacer consciente el rol de los padres como fuentes identificatorias para el niño.-
3. Extender el concepto de que los personajes familiares que rodean al niño desde su nacimiento hasta por lo menos 2 o 3 años, representan el mundo para él. De estas figuras obtendrán los basamentos y la imagen que tendrá de sí mismo de los demás. Los docentes, los médicos de

los diferentes técnicos del área de la salud deberán conocer y despistar desajustes conductuales, emocionales o cognitivos y derivar al niño a los técnicos correspondientes.-

4. Si en el hogar del niño hay problemas socioculturales, patologías médicas, psiquiátricas, conflictos de pareja, u hogares sin pareja o historia de maltrato, esto deberá ser conocido por equipos técnicos multidisciplinares despistados y tratados lo más precozmente.
5. A su vez, como dice Cherro, Musseti y Szabo los adolescentes deberán ser estimulados a que se reúnan en grupos, asambleas, para que discutan sus problemáticas, para generar grupos de autoayuda, para que motiven a sus padres o a las instituciones que los albergan a un cambio. Deberán fomentarse las actividades sublimatorias de la agresividad inherente a la naturaleza humana, promoviendo en las edades respectivas el juego, el grupo, el estudio despertando la curiosidad, la pulsión epistemofílica, la actividad deportiva, la solidaridad, el compañerismo para aprender a amar y formas de pareja con parámetros positivos, con planificación familiar, con el deseo de tener hijos y durante el embarazo.-
6. El estado deberá seguir tomando medidas para disminuir la pobreza, la desinformación y proteger a los que carecen de núcleo familiar o tienen núcleo familiar o tienen núcleo no continente, ofreciéndoles figuras identificatorias y posibilidades de acceder a la cultura.

E Comentario: Dr. Miguel Cherro.

Estoy muy honrado de participar en esta actividad aceptando la invitación del Lic. Bonasso. Ya con el INAME tengo una relación personal desde hace muchos años. A través de la Clínica Psiquiátrica desarrollamos una serie de actividades que trascienden la relación profesional como colegas de trabajo para transformarse en un vínculo de amistad cuya reciprocidad nos ha enriquecido mucho. También es un honor comentar la exposición del amigo, colega y compañero Prof. Esteban Gaspar.

¿Qué decir y qué se puede agregar a la presentación del Dr. Gaspar? En primer lugar,

destacar esta visión que a propósito del tema de la violencia y la agresividad - que no son cosas iguales pero que están emparentadas, ya que la agresividad es una cualidad inherente al ser humano no así la violencia -, el Dr. Gaspar asume como técnico de la salud mental que enfrenta estos temas, descentrando la responsabilidad pero asignándola a la sociedad. Es decir, planteando que el tema de la violencia corresponde a la sociedad, lo que implica que todos nosotros estamos implicados y convocados a procurar resolverla: es una responsabilidad de todos, pero el contingente de trabajadores que estamos vinculados al área de salud mental tenemos la cuota parte de responsabilidad que nos corresponde y debemos asumirla. Tenemos que responder a esa responsabilidad con determinadas actitudes.

Recojo el guante lanzado por el Prof. Gaspar en su exposición, y voy a expresar mi opinión respecto a esta fructífera, rica y removedora presentación, que sugiere una cantidad de ideas manteniendo el equilibrio de tocar resortes que tienen que ver con la biología, con lo social, con lo psicológico, con lo familiar y con todos los avances tecnológicos. Por tanto, me parece que desde el punto de vista del equilibrio su exposición logra la concurrencia de los enormes y variados factores que intervienen en la causación de este problema que es la violencia.

Resumiré mi perspectiva abordando cuatro grandes puntos: la familia y el grupo, la revisión somera de algunas contribuciones disciplinarias que nos pueden servir para este objetivo, una referencia a la patología psiquiátrica vista desde el niño y por último alguna referencia somera también a la prevención.

Con respecto a la familia quisiera hablar de "resiliencia", palabra inglesa que puede traducirse por "resistencia" y que alude a la capacidad de determinados individuos de soportar positivamente situaciones que pueden ser negativas para su desarrollo normal. Sobre ellos la investigación tiene que aprender, para ver qué recursos que tienen estos individuos deberían ser promovidos por las políticas específicas. A mi me ha interesado particularmente este tipo de cuestiones y hemos logrado diseñar una investigación sobre este tema en base a los aportes del investigador inglés Sand, quien sostiene que los grupos familiares pueden - a través del desmantelamiento de los mensajes violentos - contrarrestar sus efectos como un recurso valioso.

Basados en esa hipótesis de trabajo hicimos una investigación que ha mostrado una acción y ha medido un resultado en relación con el tema de la violencia. La hicimos con un colegio privado y está documentado estadísticamente. Mostramos que abrir áreas de reflexión, que abrir espacios donde de manera democrática, intensa, sincera, se pueda discutir sin influir, sin sugerir, promueve que un grupo cambie la conceptualización que tiene de la violencia. Vale decir que el postulado de que hay elementos en el grupo familiar que pueden ser antídotos de la violencia externa que se instala en la sociedad y en el hogar está comprobado para nosotros. Asimismo, vimos que un año después de cesada la acción se había perdido el efecto; esto es muy interesante si pensamos en políticas de salud mental. La otra conclusión que tenemos proveniente de un estudio exploratorio hecho con 350 adolescentes de distintos medios sociales, algunos de los cuales pertenecían a instituciones que están en la órbita del INAME, es que el reclamo fundamental de todos los adolescentes sin excepción es la necesidad de comunicación, la necesidad de comunicación con el adulto que en nuestras conclusiones es imperativo.

En otro estudio con madres adolescentes también hemos verificado estadísticamente la importancia que tiene el soporte social. ¿Qué queremos decir con esto? Que trabajando con madres adolescentes de medios desfavorecidos de nuestro país que habían tenido su primer hijo antes de los 17 años, el comportamiento de éstas madres con sus bebés no tenía prácticamente diferencias con las madres adultas, siempre que tuviesen un soporte social. Otro factor estadísticamente demostrado es la importancia que tiene el grupo, cosa que mencionaba el Prof. Gaspar.

Seguramente hemos demostrado cosas que son muy sabidas, sí, pero lo estamos haciendo con números. Y creo que en salud mental tenemos que acostumbrarnos a mostrar con números lo que sostenemos desde una perspectiva teórica emergente de la clínica.

En este aspecto de la comunicación y la interacción grupal, la investigación actual a través de un tema que se llama "las narrativas", está mostrando que para un niño mucho más importante que el hecho traumático en sí que pueda haber vivido, importa la narrativa que los adultos significativos del niño hagan.

Quisiera agregar también con respecto a la investigación desde el punto de vista clínico, que se confirman desde el laboratorio muchas de las afirmaciones que el Prof. Gaspar ha señalado en el siguiente sentido. Quiero detenerme en el concepto de *"referencia social"* proveniente de una corriente teórica llama "teoría del apego", donde diversos autores están procurando operacionalizar los conceptos; es decir, que se busca demostrar a través de una mensura esos conceptos. Desde esta perspectiva, la referencia social es una característica inherente al ser humano que corresponde a la interacción madre-bebé, que tiene el valor -metafóricamente hablando- de lo que podría ser el cordón umbilical y que actúa a distancia, a través de la mirada. Está demostrado cómo un bebé puede tener una iniciativa mayor o menor de acuerdo a la referencia social que su mamá le trasmite sólo con la mirada y el gesto, sin el lenguaje hablado.

El otro concepto operacionalizable que ellos incorporan, es el de *"disponibilidad emocional"*, que condiciona por el estilo, la característica, la calidad que tenga la evolución del bebé. En este sentido la teoría del apego ha hecho predicciones acerca del tipo de relación de la madre con el bebé a nueve años, lo que para una teoría que está en desarrollo es mucho. En base a esas predicciones - realizadas a partir de instrumentos como la entrevista de apego, por ejemplo, se puede predecir el tipo de relación que va a tener esa madre con ese bebé y por tanto se puede actuar sobre ella desde el embarazo mismo. La madre trae de su propia historia de relación con su madre un *"modelo de trabajo interno"* determinado, pero lo interesante de este modelo es que se puede modificar, justamente, a través de ese otro tipo de vínculo significativo que se desarrolla con otros adultos referentes del bebé: el padre, la abuela, etc.

Otro aspecto que quiero destacar es lo que mencionó el Dr. Gaspar sobre la *"continuidad-discontinuidad"*. Primero la continuidad del ser humano como un todo de la infancia a la edad adulta, postura que no es frecuente entre los psiquiatras de adultos. Por suerte esto está cambiando y ha habido un acercamiento entre las distintas perspectivas disciplinarias. Con el Dr. Gaspar hemos trabajado juntos hace ya muchos años en este sentido. También he estado realizando otros estudios con mellizos no para investigar cuestiones genéticas sino para demostrar cómo las expectativas que los padres tienen sobre sus hijos, aún antes del embarazo,

pueden influir o no a lo largo del desarrollo de los chicos, y en particular pueden influir en el tipo de relación que los padres tengan con ese chico. Este tema de la continuidad - discontinuidad tiene importancia capital como señalaba el Dr. Gaspar; en psicopatología se considera que los trastornos mayores tienen su origen en disrupciones, en esa ruptura de la continuidades que es tan importante para que el individuo se desarrolle cabalmente.

Una mención nada más en referencia lo que el Dr. Esteban Gaspar refería respecto a la genética molecular que ha motivado en este momento una interpretación del modelo de desarrollo, el *modelo transaccional*, modelo que implica la presencia de factores determinantes: por un lado de la genética propiamente dicha y por otro lado del ambiente. La información genética contenida en el organismo del individuo se va a desarrollar o no, a encender o no, de acuerdo a la influencia que el ambiente ejerza.

En relación a la caracterización de psicopatologías o trastornos de la personalidad en niños, es muy difícil anticipar o establecer tipologías a edades tempranas. Recién a partir de los 18 años se puede caracterizar trastornos de este tipo; en algunos casos a partir de los catorce años. Pero sí se puede anticipar modelos conflictivos o situaciones de alteración que se pueden trabajar para modificar, atenuar.

Fundamentalmente, el encuentro de un soporte emocional adecuado, de soporte social, del grupo como espacio de apoyo, puede ayudar a continental una situación de eventual futuro conflictivo. Tenemos ejemplos de ello, incluso con el propio INAME.

Finalmente, quiero destacar la importancia de la prevención y cómo sitúa a los trabajadores del área de salud mental en un lugar distinto. Tenemos que salir también en este plano de un modelo de atención individual a un modelo de atención poblacional, sin entrar en la falsa contradicción de los modos de abordaje. Tenemos que responsabilizarnos todos, y atender esta demanda que surge masivamente, con una actitud abierta que busque "evaluar" el trabajo de los profesionales de la salud en esta materia. Estamos obligados a someter nuestro rendimiento a una evaluación constante en todos los planos del ejercicio profesional (práctica muy resistida aún en nuestra Universidad) y en esta materia más.