

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL TRASTORNO DISOCIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

LITERATURE REVIEW OF DISSOCIAL DISORDER. A CASE

María del Mar Extremera Sánchez

Psicóloga

Experto en Psicoterapia Breve con niños y adolescentes por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

Resumen: el Trastorno Disocial se refiere a la presencia recurrente de conductas distorsionadas, destructivas y de carácter negativo, además de transgresoras de las normas sociales, en el comportamiento del individuo. Este trastorno supone un problema clínico importante por sus características intrínsecas - implica un desajuste social-, sus posibles consecuencias - una parte importante de los niños/as que lo padecen mostrará algún tipo de desajuste en la edad adulta- y por su frecuencia - es el más comúnmente diagnosticado. Con el objetivo de arrojar luz, el presente trabajo propone una revisión bibliográfica sobre este trastorno, la exposición de un caso clínico y su posterior discusión respecto a las teorías explicativas de la conducta antisocial.

Palabras clave: Trastorno Disocial, conductas distorsionadas, revisión bibliográfica, caso clínico.

Abstract: Dissocial Disorder refers to the recurring presence of distorted behaviours, of destructive and negative nature, as well as contrary of social norms on individual behaviour. This disorder is an important clinical problem due to its intrinsic characteristics - implies a social marginalization - it's possible consequences - an important part of children who suffers it show some kind of mismatch during adulthood - and frequency- is the most commonly diagnosed. In order to shed light, this paper proposes a literature review on this disorder, exposure of a case and further discussion regarding the explanatory theories of antisocial behaviour.

Keywords: Dissocial Disorder, distorted behaviors, literature review, a case.

INTRODUCCIÓN

Ante mi primer caso con diagnóstico de Trastorno Disocial comencé a plantearme la seriedad del asunto que estaba tratando. A veces los profesionales de la salud no somos conscientes de las implicaciones de las diferentes patologías hasta que no tenemos una “muestra” de esa problemática clínica ante nosotros. Una de las emociones que experimenté ante la avalancha de datos que pude recoger en las primeras entrevistas fue la sorpresa. Mi sorpresa se daba ante la gran agresividad que el

sujeto desplegab a frente a su familia. Las primeras conclusiones que saqué al respecto iban encaminadas hacia una educación inadecuada dentro del ámbito familiar como posible origen del trastorno. Investigando acerca del tema pude comprender que la etiología de estos trastornos es muy variable, curiosamente pocas teorías hablan de la educación como factor determinante en casos de conducta antisocial. Eysenck, y otros autores como Gottfredson y Hirschi mencionan en sus teorías la infancia como etapa clave de aprendizaje de conductas desadaptadas. Comencé también a preocuparme por cómo la sociedad ha de encargarse de estos sujetos; cómo los entiende y cómo los atiende.

En relación con la primera de las cuestiones puedo decir que, una vez que conocí el caso en mayor profundidad entendí que los clínicos necesitamos poner nombre, y a poder ser apellidos, a cualquier manifestación anormal de la conducta; no soportaríamos mantener en el anonimato un repertorio conductual anormal. Esto probablemente sea debido a que la sociedad en la que nos movemos no soporta que calificemos con adjetivos poco técnicos esos repertorios conductuales. En definitiva, interpreté que el sujeto de mi caso podría ser calificado de “mala persona” pero mi libro de Criterios Diagnósticos (DSM-IV Breviario) tenía un diagnóstico para él, con lo que había de descartar tal calificativo. Bien es cierto que la edad de mi paciente aún podía salvarlo de esa calificación; tras la revisión bibliográfica del presente trabajo puedo acogerme a la afirmación de algunos investigadores acerca de que los trastornos de la personalidad no cuentan con validez suficientemente estable a lo largo del tiempo, o lo que es lo mismo, entre la adolescencia y la adultez se va conformando la personalidad y por tanto no podemos etiquetar a un chico de quince años con un trastorno de personalidad concreto.

Sobre cómo la sociedad atiende a estos pacientes, no me sorprendí al conocer que el médico de cabecera derivó a psiquiatría el caso y allí el chico fue tratado durante un tiempo con Risperdal. Él mismo dejó de tomar el fármaco cuando le pareció oportuno. En aquella consulta de psiquiatría no se planteó la necesidad de un tratamiento psicológico paralelo. Abarcando la temática de la agresividad extrema en personas diagnosticadas (o no) de trastorno antisocial, he podido comprobar que hoy por hoy no existen grandes recursos a través de los cuales se puedan canalizar de forma adaptativa estos casos. Durante el estudio del caso supe que en España existen centros de menores que atienden a chicos que han incurrido en diferentes delitos y que son tratados a nivel judicial bajo la ley del menor, sin embargo, no existe una red de trabajo donde estos jóvenes que aún no han cometido ningún delito tipificado (probablemente porque aún no han sido denunciados por sus propios padres) y que son diagnosticados de trastorno disocial, puedan rehabilitarse.

Este trabajo pretende ser una revisión bibliográfica breve del trastorno disocial, sin embargo he considerado necesario el desarrollo del caso que he mencionado anteriormente. En este desarrollo detallo cómo intervine a nivel de evaluación y tratamiento. Por una parte el desarrollo teórico ha ordenado los conocimientos que ya poseía, además de añadir nuevos, y por otro lado, la lectura de mi caso y su redacción aquí me ha recordado la experiencia vivida. Desafortunadamente no pude concluir mi terapia pero sé que el trabajo realizado sirvió para clarificar a los padres algunos de los errores que habían cometido con F.L.G.

La psicopatología como ciencia

La psicopatología es una ciencia, en tanto, conjunto de conocimientos ordenados y sistematizados, cuyo objeto propio de estudio son los fenómenos mentales patológicos, los cuales son abordados de acuerdo al método científico. Sin embargo, esto no significa, que este mismo grupo de fenómenos, no puedan ser estudiados, ni sean objeto de otras ciencias distintas, como la Neurología, Psicofarmacología, Psicometría y Filosofía entre muchas otras. Como ciencia, tiene un carácter objetivo, no es el fruto de la voluntad y creación de un hombre en particular, es el producto de la necesidad histórica de la humanidad, para poder enfrentar uno de sus grandes problemas, esto es, su salud mental. En términos generales, es un reflejo del conocimiento logrado a través de múltiples esfuerzos, de todo aquello que se ha logrado establecer, como por ejemplo: los vínculos, relaciones, causas y factores implicados en los fenómenos psicopatológicos. Es el fundamento esencial de la Psiquiatría Clínica, en tanto, rama de la medicina encargada del diagnóstico, investigación y tratamiento de las enfermedades mentales.

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD Y TRASTORNO DISOCIAL

El DSM-IV encuadra el Trastorno Antisocial dentro de los trastornos de la personalidad. Uno de los criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad menciona: “El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.” A su vez, el DSM-IV clasifica el Trastorno Antisocial de la Personalidad dentro de los trastornos de la personalidad del grupo B.

Por otro lado, el DSM-IV incluye el Trastorno Disocial dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, y entre los muchos que aquí encontramos señalamos los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador entre los que se encuentra el Trastorno Disocial. Uno de los criterios diagnósticos de dicho trastorno indica que para considerarse el diagnóstico es necesario que si el individuo tiene 18 años o más, no cumpla con criterios para el trastorno antisocial de la personalidad. Así, el DSM-IV excluye a niños del diagnóstico de Trastorno Antisocial, mientras que un adulto sí que podría ser diagnosticado de Trastorno Disocial.

El trastorno antisocial de la personalidad se caracteriza por un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta. Este patrón ha sido denominado también como psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad; además, dado que dos de las características de este trastorno son el engaño y la manipulación, es fundamental validar la información que nos den estos sujetos con otras fuentes cercanas a ellos (familiares próximos, amigos, compañeros, etc.)

Los criterios que determinan la personalidad antisocial según el DSM-IV, son los siguientes:

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

- (1). Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención (por ejemplo, destrucción de una propiedad, robar, etc.).
- (2). Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
- (3). Impulsividad en sus decisiones o incapacidad para planificar el futuro.
- (4). Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones (incluidos malos tratos al cónyuge o a los niños).
- (5). Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
- (6). Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o hacerse cargo de obligaciones económicas (periodos significativos sin empleo aun teniendo oportunidades de trabajar, abandono de un trabajo sin motivo alguno, despido por falta de rendimiento, etc.).
- (7). Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado maltratado o robado a otros.

B. Tener al menos 18 años.

C. Que existan pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de los 15 años de edad.

D. Que el comportamiento antisocial no aparezca exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o episodio maniaco.

Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad se caracterizan casi siempre por carecer de empatía ("conectar" emocionalmente con el otro), así como por mostrar un carácter arrogante y engreído (por ejemplo, no tener una preocupación realista por sus problemas actuales o futuros). Otra característica de estos sujetos es la psicopatía, que incluiría todos los actos delictivos, de delincuencia o agresivos. Por otro lado, es frecuente que los afectados por el trastorno antisocial experimenten

disforia (lo opuesto a la euforia), una baja tolerancia a la frustración y al fracaso en general (es decir, que se desaniman ante la menor dificultad), y un estado de ánimo depresivo con aparición de ansiedad. Finalmente, estos individuos tienen más probabilidades que la población general de morir prematuramente. En cuanto al curso que sigue el trastorno, al igual que la mayoría del resto de los trastornos de la personalidad es crónico, pero los comportamientos característicos del trastorno que hemos comentado pueden hacerse menos manifiestos a medida que el sujeto se va haciendo mayor, sobre todo en lo que respecta a los comportamientos delictivos y al consumo de sustancias.

El trastorno disocial es una conducta repetitiva y persistente en la que los derechos básicos de los demás y las normas y reglas básicas de la sociedad se infringen. Junto con el trastorno negativista desafiante, son los trastornos predominantes entre los jóvenes atendidos en clínicas y hospitales mentales. Los criterios diagnósticos según el DSM-IV son los siguientes:

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres o más de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas o animales

- (1) A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
- (2) A menudo inicia peleas físicas.
- (3) Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas
- (4) Ha manifestado crueldad física con personas.
- (5) Ha manifestado crueldad física con los animales.
- (6) Ha robado enfrentándose a la víctima (ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada).
- (7) Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad

- (8) Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daño graves.
- (9) Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).

Fraudulencia o robo

- (10) Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de una persona.
- (11) A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (tima a otros).
- (12) Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (robos en tiendas, pero sin allanamientos, falsificaciones, etc.).

Violaciones graves de normas

(13) A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.

(14) Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustituto (o sólo una vez sin regresar durante un largo periodo de tiempo).

(15) Suele hacer novillos en la escuela iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple los criterios de Trastorno antisocial de la personalidad.

CUESTIONES SOBRE EL TRASTORNO DISOCIAL

¿Qué tipos de trastorno disocial existen según la edad de inicio?

- Inicio infantil, en el que se inician al menos una de las características del criterio de trastorno disocial antes de los 10 años.
- Inicio adolescente, en el que hay ausencia de cualquier característica del criterio antes de los 10 años de edad.

¿Qué tipos existen según la gravedad del trastorno?

- Leve: pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y sólo causan daños mínimos a otros.
- Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre leves y graves.
- Grave: varios problemas de comportamiento exceden los requeridos para establecer el diagnóstico o causan daños considerables a otros.

¿Qué tipos de comportamiento existen en el Trastorno Disocial?

- Los comportamientos abiertos llevan desde la agresión menor hasta la lucha física y la violencia.
- Los comportamientos encubiertos, que aparecen antes de los 15 años de edad, van desde conductas reactivas, hurtos, fraudes, hasta el daño a la propiedad (incendios, vandalismo), y luego a formas más serias de delincuencia en los que no hay confrontación. Estos últimos son más característicos de las chicas diagnosticadas de TD.
- Los comportamientos de conflicto con la autoridad, que aparecen antes de los 12 años y que van desde un comportamiento testarudo, hasta la provocación y desafío a la autoridad.

¿Cuál es la prevalencia?

Es uno de los trastornos más diagnosticados en los centros de salud mental tanto en régimen ambulatorio como hospitalario. Parece que ha incrementado en las últimas décadas, siendo más elevada en zonas urbanas que rurales. Las tasas varían dependiendo de la población estudiada y la metodología de análisis. En varones menores de 18 años de edad oscila entre el 6 y el 16%, mientras que en chicas es entre el 2 y el 9%. También se han obtenido datos en los que la prevalencia en la población general se estima entre el 1,5% y el 3,4% si se utiliza la entrevista como método de detección.

¿Cuál es la diferencia entre sexos?

La proporción sería de 5:1 y de 3,2:1, dependiendo del nivel de edad estudiado. Tras distintos estudios, se ha llegado a las siguientes conclusiones

- Los chicos están más afectados en todas las edades, sin embargo conforme maduran, la diferencia entre los chicos y las chicas se reduce.
- A pesar del menor predominio del comportamiento disruptivo en chicas que en chicos, en cuanto esta conducta aparece en chicas se mantiene por lo menos tan estable en el tiempo como en chicos.
- Los chicos están más afectados en todas las edades, sin embargo conforme maduran, la diferencia entre los chicos y las chicas se reduce.
- En chicas el trastorno disocial está asociado a varias consecuencias negativas como el Trastorno antisocial de la personalidad, embarazos precoces, etc. Las chicas con trastorno disocial tienden a buscar chicos con trastorno disocial, lo cual aumenta el riesgo de padecer el trastorno en los hijos.
- Las chicas suelen destacar por violencia no agresiva o encubierta, como robo en tiendas o fraude.
- Las diferencias entre sexos en referencia a comportamientos disruptivos no aparecen hasta la edad de 6 años, cuando empiezan a destacar más los chicos por este tipo de comportamiento.
- Hay ciertos indicios de que la diferencia entre sexos ha disminuido en los últimos años, con un aumento de la delincuencia en chicas y la aparición de bandas femeninas.
- Se necesitan más estudios para llegar a conclusiones más concretas.

¿Y según el nivel económico?

Tanto el Trastorno disocial como el trastorno negativista desafiante se presentan con más frecuencia en familias de bajo nivel socioeconómico. El trastorno disocial y la delincuencia son más comunes en un barrio con alto índice de criminalidad y desorganización social. De todos modos, no hay mucha documentación respecto a esto. En cuanto a las etnias no ha habido suficientes estudios.

¿Hay diferencias según la edad?

Algunos estudios sugieren que el predominio de trastorno disocial tiende a aumentar desde la mitad de la infancia hasta la adolescencia. Por el contrario, otros estudios no han encontrado diferencias. Hay consenso en cuanto a que hay un aumento desde la infancia hasta la adolescencia del predominio de comportamientos no agresivos como hurtos, allanamiento de morada o fraude. Es decir, van creciendo los comportamientos de tipo encubierto, mientras que los agresivos o abiertos van disminuyendo durante el mismo periodo.

¿Cómo cursa el trastorno disocial?

Su curso es variable. En una mayoría de individuos, el trastorno remite en la edad adulta. Aunque una proporción importante de sujetos sigue manifestando los comportamientos que cumplen los criterios para el diagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad.

¿Cuál es la edad de inicio?

El inicio del trastorno disocial puede producirse hacia los 5-6 años de edad, pero normalmente, se observa al final de la infancia o al inicio de la adolescencia. Es muy extraño que se inicie después de los 16 años de edad.

¿Qué características presenta?

Pueden tener escasa empatía y poca preocupación por los sentimientos, los deseos y el bienestar de los otros. Sobre todo en situaciones ambiguas, los sujetos con este trastorno tienden a percibir mal las intenciones de los otros, interpretándolas como hostiles o amenazantes cuando no lo son, a lo que responden, según ellos justificadamente, de forma agresiva. Pueden ser insensibles, carecer de sentimientos apropiados de culpa o remordimientos. Si lo manifiestan puede ser por el interés de evitar el castigo. Es probable que acusen a otros de sus propias trastadas.

Aunque muestren una imagen de “duros” su autoestima es baja, tienen escasa tolerancia a la frustración, irritabilidad, rabietas y son imprudentes (los índices de accidentes son más elevados que en población normal). Se suele asociar a sexualidad temprana, abuso de sustancias, tabaco y alcohol, y a cometer actos temerarios y peligrosos. Todo ello puede tener como consecuencias expulsiones escolares, problemas laborales, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, problemas legales, etc. Las acciones suicidas, tentativas de suicidio y suicidios consumados son más de lo que se podría esperar. El nivel intelectual suele ser inferior al promedio.

FACTORES PREDICTORES DE CONTINUIDAD DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL

Una buena propuesta de factores que predicen la continuidad de la conducta antisocial en la vida adulta, si aparecen o continúan durante la adolescencia, es la realizada por Kazdin y Buela-Casal:

Tabla 1	
Factores predictores de continuidad de la conducta antisocial	
CARACTERÍSTICA	PATRÓN ESPECÍFICO
1. Edad de inicio	Inicio más precoz (antes de los 10-12 años) de su conducta antisocial. El inicio precoz también se relaciona con la tasa y la gravedad de la conducta antisocial ulterior.
2. Amplitud de la alteración	Un mayor número de tipos diferentes de conductas antisociales; una mayor variedad de situaciones en las que se manifiesta la conducta antisocial; una mayor gama de personas u organizaciones contras las que se expresan estas conductas.
3. Frecuencia de la conducta antisocial	Un mayor número de episodios antisociales diferentes, independientemente de que incluyan o no conductas distintas.
4. Gravedad de la conducta	Conducta antisocial relativamente grave en la infancia, especialmente si puede comportar enjuiciamiento.
5. Tipo de síntomas	Las siguientes conductas antisociales específicas: mentir, impulsividad, “novillos”, escaparse, robar y llegar tarde a casa. Además, si muestran síntomas no antisociales de desaliño y enuresis después de los 6 años.
6. Características de los padres	Psicopatología de los padres, especialmente conducta antisocial; el padre tiene registros de detenciones, desempleo, alcoholismo; mala supervisión paterna del niño; disciplina excesivamente estricta, laxa o inconsistente.
7. Familia	Mayor en caso de familias con conflictos conyugales y en familias numerosas.

LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Los psicólogos de personalidad han discutido durante mucho tiempo el sentido preciso del concepto, y aunque durante décadas han ofrecido muchas definiciones, ninguna ha sido aceptada universalmente. Según estos autores el concepto de personalidad transmite un sentido de coherencia (o continuidad de las cualidades de una persona), de causalidad interna (existe una fuerza causal en el interior de la gente que influye en lo que hacen, piensan o sienten) y de diferenciación personal.

Se ha hablado tanto de personalidad normal como de anormal o de trastornos de la personalidad. La personalidad normal se ha trabajado desde diferentes teorías y modelos y se ha estudiado la aplicabilidad de estos modelos a la infancia y la adolescencia (Constantino et al., Shiner y Caspi, 2003). Los trastornos de la personalidad se han trabajado desde dos enfoques; el categorial y el dimensional. En el DSM-IV el enfoque diagnóstico utilizado representa la perspectiva categorial.

El sistema de construcción racional, introducido en el DSM-IV, para la identificación y clasificación de los trastornos de la personalidad indicaba once categorías diferentes. En las diferentes versiones del DSM se han hecho modificaciones para intentar mejorar la clasificación de estos trastornos. El sistema general se ha mantenido aunque en el DSM-IV se ha eliminado alguna categoría. A pesar de estos cambios, la cuestión de la validez diagnóstica discriminante continúa estando presente en el eje II. Los resultados de diferentes estudios muestran correlaciones grandes entre diagnósticos de trastornos de la personalidad diferentes, lo que plantea cuestiones sobre adecuación del sistema de clasificación del eje II y si los trastornos representan entidades psicopatológicas diferenciadas (Yang et al., 2002).

Los datos que se presentan sobre el grado de acuerdo diagnóstico entre los síndromes del DSM-IV y el ICD-10 varían. El menor grado de acuerdo se correspondía a la pareja trastorno antisocial de la personalidad DSM-IV-TR/ trastorno disocial de la personalidad ICD-10-DCR.

Personalidad en la adolescencia

Se ha asumido convencionalmente que los trastornos de la personalidad emergen en la última etapa de la adolescencia o al principio de la edad adulta aunque algunos clínicos cuestionan esta asunción. (Crawford et al., 2001).

El DSM-IV-TR sugiere que los trastornos de personalidad son “relativamente extraños” en los niños y adolescentes, pero permite que -con excepción del trastorno antisocial de la personalidad- puedan ser diagnosticados en estos grupos de edad cuando estos rasgos no adaptativos están presentes durante como mínimo un año, son “dominantes, persistentes, y no se limitan a una etapa particular del desarrollo o a un episodio de un trastorno del eje I”. (APA, 2002, p. 737).

Tabla 2	
Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad	
(DSM-IV-TR)	(ICD-10-DCR)
<p>A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cognición (por ejemplo, formas de percibirse e interpretarse a uno mismo, a los otros y a los sucesos). 2) Afectividad (por ejemplo, la gama, la intensidad, labilidad y adecuación a la respuesta emocional). 3) Actividad interpersonal. 4) Control de los impulsos. <p>B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.</p> <p>C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>D. Este patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta como mínimo a la adolescencia o al principio de la edad adulta.</p> <p>E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de un trastorno mental.</p>	<p>A. Hay evidencia de que las características individuales y los patrones permanentes de experiencias internas y de comportamiento se desvían ampliamente del rango o normal culturalmente esperado y aceptado. Esta desviación se manifiesta en más de una área de las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cognición (por ejemplo, formas de percibir e interpretar las cosas, a la gente y a los hechos; formando actitudes e imágenes de unos mismo y los otros). 2) Afectividad (rango, intensidad y adecuación del nivel de y respuesta) 3) Control sobre los impulsos y las gratificaciones de necesidades 4) Formas de relacionarse con los demás y de manejar las situaciones interpersonales. <p>B. La desviación se ha de manifestar ella misma como un comportamiento persistente que es inflexible, no adaptativo, o disfuncional en un amplio rango de situaciones personales y sociales (por ejemplo, no limitarse a una situación o estímulo específico desencadenador).</p> <p>C. Hay un estrés personal, o un impacto adverso en el ambiente social, o los dos, claramente atribuible al comportamiento al que se hace referencia en el criterio 2.</p> <p>D. Tiene que haber evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, teniendo su origen en la última etapa de la infancia o en la</p>

<p>F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, traumatismo craneal).</p>	<p>adolescencia.</p> <p>E. La desviación no puede ser explicada como una manifestación o como consecuencia de otros trastornos mentales adultos, aunque las condiciones o de las secciones o F70-F79 de esta clasificación pueden coexistir con la desviación y estar superpuestas a ella.</p> <p>F. La desviación no puede ser explicada por una enfermedad médica o por una enfermedad o disfunción cerebral orgánica. (Si se puede demostrar causa orgánica se ha de utilizar la categoría F07).</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 3

Equivalencias trastornos de la personalidad DSM-IV-TR y ICD-10-DCR

Trastornos de la personalidad DSM-IV-TR	Trastornos de la personalidad ICD-10-DCR
Trastorno paranoide de la personalidad	F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad
Trastorno esquizoide de la personalidad	F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad
Trastorno esquizotípico de la personalidad	F21 (Trastorno esquizotípico de la personalidad) *
Trastorno antisocial de la personalidad	F60.2 Trastorno disocial de la personalidad
Trastorno límite de la personalidad	F60.31 Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable tipo borderline
Trastorno histriónico de la personalidad	F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad
Trastorno de personalidad por evitación	F60.6 Trastorno de personalidad por evitación
Trastorno de la personalidad por dependencia	F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad	F60.5 Trastorno anankástico de la personalidad
Trastorno narcisista de la personalidad	F60.8 Otros trastornos de la personalidad
Trastornos de la personalidad no especificados	F60.0 Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable tipo impulsivo
	F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado

*Este trastorno no se incluye dentro del grupo de trastornos de la personalidad en el ICD-10-DRC

Los investigadores sugieren que los trastornos de personalidad son prevalentes en los adolescentes y que tienen validez concurrente (por ejemplo, son indicadores válidos de función y estrés), pero que su validez es relativamente inestable a lo largo del tiempo (Bernstein et al., 1993; Johnson, Cohen, Kasen et al., 2000).

Bernstein et al. (1993) estimaron la prevalencia de los trastornos de la personalidad (n= 733; rango 9-19 años) y basándose en el criterio más conservador, aproximadamente concluyeron que un 17% de los adolescentes tenían como mínimo un trastorno del eje II. La prevalencia de estos trastornos alcanzaba el punto más alto en la primera adolescencia (12 años en los chicos y 13 en las chicas) y disminuía rápidamente a partir de entonces hasta nivelarse en la última etapa de la adolescencia. Además, los adolescentes con un grave de trastorno límite de la personalidad o de trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo tenían de trece a quince veces más probabilidades, respectivamente, de tener el mismo diagnóstico dos años después que los participantes sin este diagnóstico inicial.

Crawford et al. (2001) efectuaron un estudio en una muestra comunitaria de 407 adolescentes de 10 a 14 años. Se centraron en el clúster B de personalidad. Este grupo incluye el trastorno límite, el histriónico, el narcisista y el antisocial de la personalidad, aunque el antisocial se excluyó del análisis porque no se puede diagnosticar antes de los 18 años. En la primera parte de su estudio se medía la estabilidad de los síntomas del clúster a lo de un intervalo de 8 años. Para aportar un marco de referencia paralelo, la estabilidad de síntomas externalizados e internalizados se midió en la misma muestra. Para evaluar el constructo de validez y la significación clínica de los síndromes del clúster B, se comprobaba si los síntomas del eje II eran comórbidos a otros síntomas internalizados y externalizados, ya que proponían que los estudios de comorbilidad en el eje II añadían evidencia a la validez de los trastornos de la personalidad en los adolescentes; si el clúster B reflejaba alteraciones claramente significativas durante la adolescencia, entonces tenía que correlacionar con otros indicadores de estrés emocional, tanto trastornos internalizados (trastorno depresivo y trastornos de ansiedad) como trastornos externalizados (trastorno negativista, trastorno de conducta y trastorno por déficit de atención con hiperactividad). Los resultados indicaban que la estabilidad estimada para las alteraciones del eje II podía variar de acuerdo a cómo eran medidas.

Así, cuando se evaluaban como variables dimensionales, el clúster C era más estable de la primera etapa de la adolescencia a la primera etapa de la adultez que cuando se medían como categorías diagnósticas. La estabilidad estimada, en el caso de las variables dimensionales, era más fuerte que la de los constructos más establecidos de síntomas externalizados e internalizados a lo largo del mismo intervalo de ocho años. Los resultados ponían de manifiesto que los trastornos límite,

narcisista y histriónico de la personalidad estaban asociados con síntomas externalizados a lo largo de la adolescencia para los chicos y las chicas. Y que los síntomas del clúster B estaban asociados con síntomas internalizados durante el mismo periodo de tiempo, aunque la asociación en chicos era más débil que en chicas, comenzando alrededor los 12 a los 17 años.

Se ha de considerar que el trastorno esquizotípico de la personalidad puede ser fiablemente diagnosticado en preadolescentes y adolescentes. En el estudio de Johnson et al. (1998) realizado en una muestra comunitaria, el 45% de los adolescentes (media de 13.8 años) que cumplían los criterios diagnósticos para el clúster A (trastorno paranoide, y esquizotípico de la personalidad) cumplieron el criterio para un trastorno del eje II de 8 a 10 años después.

TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL EN ADOLESCENTES

A continuación se describen de forma breve y concisa aquellas teorías que han tenido mayor trascendencia en la investigación existente y que tienen importancia para la comprensión de los modelos de intervención existentes.

Teorías clásicas de la delincuencia

Teorías psicobiológicas

Los defensores de estas teorías tratan de explicar la conducta antisocial en función de anomalías o disfunciones orgánicas, en la creencia de que son algo orgánico o factores internos del individuo, los que concurren en algunas personas y llevan a una predisposición congénita para la comisión de la delincuencia (Pérez, 1984).

Dentro de esta teoría se encuadraría la tesis clásica de Lombroso (1911) sobre la base de sus estudios biológicos y antropomórficos realizados con presidiarios, en la que expone que el delincuente era una especie de ser atávico, que reproduce en su persona los instintos feroces de la humanidad primitiva y los animales inferiores, marcado por una serie de anomalías cerebrales y corporales (mandíbula prominente, pómulos anchos, orejas grandes, etc.); junto con una insensibilidad moral, precocidad antisocial, vanidad, imprevisión e incorregibilidad.

En esta línea, Ferri (1928; citado en Pérez-Llantada y Gutiérrez, 1979) estableció su Ley de saturación criminal, según la cual el nivel de criminalidad viene determinado cada año por las diferentes condiciones del medio físico y social, combinado con las tendencias congénitas y con los impulsos ocasionales de los individuos. Dentro de la concepción psicobiológica, destaca la teoría de la conducta antisocial de Eysenck (1976), que se fundamentan en su propia teoría de la personalidad.

Eysenck (1981), en su teoría de la “condicionabilidad del delincuente”, entiende que el comportamiento se adquiere por aprendizaje (donde interviene el sistema nervioso central) y por condicionamiento (regido por el sistema nervioso autónomo). En este sentido, un comportamiento antisocial obedece a un aprendizaje deficiente de las normas sociales en forma condicionada y reconoce, por un lado, la importancia del sistema nervioso heredado por la persona, distinguiendo varios tipos de personalidad, desde la introversión (personas reservadas, tranquilas, pacientes y fiables) a la extraversión (seres sociables, excitables, impulsivos, despreocupados, impacientes y agresivos), siendo las personas extrovertidas más difíciles de condicionar que las introvertidas. Por otro lado, destaca la calidad del condicionamiento recibido en su ambiente familiar. De esto se deduce que la suma de los dos factores, forma la personalidad al término de la primera infancia, y según el grado de introversión-extraversión en la que se encuentre la persona, quedará determinada la propensión de la misma al delito (Lamnek, 1987). Junto a esta dimensión, Eysenck (1981) propone que el neuroticismo (preocupación, inestabilidad emocional y ansiedad) también jugaría un importante papel en la conducta delictiva ya que actuaría como impulso, multiplicando los hábitos que existen antisociales o socializados de los extravertidos o introvertidos. Así, un alto grado de neuroticismo en los extravertidos reforzaría su conducta antisocial, mientras que en los introvertidos contribuiría a su mejor socialización.

Finalmente, ante la evidencia de la existencia de delincuentes caracterizados por la baja emotividad y carentes de culpabilidad (Hare, 1970; Hare y Cox, 1978) (psicópatas primarios), Eysenck (1977) amplía su teoría con la dimensión de psicoticismo (insociabilidad, despreocupación, hostilidad, impulsividad y búsqueda de estimulación), que sería el mecanismo causal de la psicopatía primaria, mientras que una alta extraversión y un alto neuroticismo serían los responsables de la psicopatía secundaria (delincuencia).

Como conclusión de esta teoría, resultaría por un lado la carga genética y hereditaria así como la importancia concedida al medio ambiente en combinación con la predisposición genética en el desencadenamiento de la delincuencia y, por tanto, será necesario actuar sobre él para la prevención y el tratamiento de la delincuencia (Sancha, Clemente, Tobal, 1987). Estudios posteriores en España intentan confirmar la teoría de Eysenck, encontrando que la variable psicoticismo (muy relacionada con la necesidad de estimulación) aparece más asociada al delito que la variable extraversión, y que la variable neuroticismo no tiene relación con la delincuencia (Carrillo y Pinillos, 1983; Pérez, 1984; Pérez, Amado, Ortet, Pla y Simo, 1984; Valverde, 1988). Además, Pérez (1984) encuentra que personas que tuvieran una alta necesidad de estimulación, junto con poca susceptibilidad al castigo (personas extravertidas tal y como indican Eysenck, 1976; Lym y Eysenck, 1961; Schallin, 1971; Barnes, 1975) serían más susceptibles de cometer conductas antisociales. No obstante, García-Sevilla

(1985) concede mayor importancia a la baja susceptibilidad al castigo, puesto que la necesidad de estimulación sería una consecuencia de una baja sensibilidad al castigo.

Otras investigaciones biológicas están relacionadas con la herencia y genética. Echeburúa (1991) recoge un intento de determinar si la herencia es una parte importante en la inducción al crimen. Buscó similitudes en los comportamientos de individuos que estaban genéticamente relacionados unos con otros (propósito del general pedigree or family studies), encontrándose poco a favor de que existan familias con una herencia genética común y determinadas para el crimen. Estudios con cromosomas sexuales, partiendo de la notación cromosómica XY para el hombre y XX para las mujeres, encuentran una excesiva presencia de la anomalía cromosómica XYY (Jacobs, Brunton, Melville, Brittain y Mc- Clemont, 1965). Con estos resultados se supone errónea la creencia popular de unos individuos psicópatas supermasculinos, cuya característica más destacable era su extremada violencia. En cualquier caso, aunque los comportamientos violentos son más claramente numerosos en los individuos XYY en comparación con XY de la misma edad, peso, inteligencia y clase social, sus delitos son triviales (Witkin, Mednik, Schulsinger, Bakkestrom, Christiansen et al., 1977). Rutter, Giller y Hagell (2000) recogen que la presencia de XYY no causaría directamente la delincuencia, sino que junto a otros factores incrementa la posibilidad de ejercer conductas antisociales

Un gran eco tuvieron los estudios sobre gemelos y adopción partiendo de la comparación entre gemelos monozigóticos (procedentes del mismo óvulo y que comparten el 100% de los genes) con gemelos dizigóticos o fraternos (procedentes de dos óvulos distintos y que comparten el 50% de sus genes). Lange (1929) encontró un 77% de concordancia en la criminalidad de gemelos monozigóticos y un 12% para los dizigoto.

Christiansen (1968) estudió 3.568 pares de daneses nacidos entre 1881 y 1910, encontrando que el 52% de los gemelos idénticos (monozigóticos) tenían el mismo grado de conducta delictiva registrada, mientras que sólo el 22% de los gemelos dizigóticos alcanzaban similares grados de delincuencia. Pero las limitaciones de estos estudios con gemelos radican en la dificultad para separar causas genéticas y ambientales. Para superar estas limitaciones, los estudios con hijos adoptivos separan más adecuadamente las causas genéticas y ambientales. En esta línea, Crowe (1974) encuentra un incremento significativo de la criminalidad en jóvenes adoptados que tenían madres biológicas criminales. Estos y otros datos, encuentran que la influencia genética aparece menos en los estudios de hijos adoptivos que en los de gemelos, apoyando a la genética en la génesis de la conducta antisocial (Bock y Goode, 1996; Carey y Goldman, 1997; Miles y Carey, 1997).

Teorías del aprendizaje

Las teorías del aprendizaje explican el comportamiento delictivo como una conducta aprendida bien sea basándose en el condicionamiento clásico, el operante o el aprendizaje vicario.

El condicionamiento clásico ha sido utilizado por Eysenck (1977, 1983) explicando cómo el niño es castigado a lo largo de su infancia por padres, y maestros, lo que actuaría como estímulo incondicionado (EI); el acto antisocial castigado como estímulo condicionado (EC) y el resultado de miedo, ansiedad y culpa como respuestas incondicionadas. Mediante los sucesivos apareamientos EI-EC, el niño va siendo condicionado a experimentar miedo y ansiedad ante los actos antisociales, constituyendo estas respuestas condicionadas su conciencia, que actuará como un poderoso disuasor de la ejecución de tales actos.

Otros autores, entre los que se situaría en gran medida Jeffery (1965, 1977), se han centrado en el condicionamiento operante para explicar el moldeamiento y mantenimiento de la conducta delictiva mediante refuerzo diferencial. Parten de que el comportamiento delictivo es reforzado tanto por reforzadores positivos como mediante reforzamiento negativo. Según Borrill (1983), los refuerzos positivos serían las ganancias materiales derivadas del acto delictivo y la aceptación y prestigio dentro de un grupo de referencia. Según García y Sancha (1985), el reforzamiento negativo explicaría muchos comportamientos delictivos asociados con una reducción de estados de ansiedad y frustración tales como, delitos sexuales y contra las personas y los asaltos a farmacias en busca de estupefacientes. Según Sancha y Miguel Tobal (1985), la actuación conjunta de ambos reforzamientos (positivo y negativo) hace que este tipo de conductas sean sumamente resistentes a la extinción, unido al hecho de que la detención y el arresto se producen de forma intermitente, dando lugar a un programa de reforzamiento parcial.

Por otra parte, la teoría del aprendizaje social, cuyo principal exponente fue Bandura (1987), explica la conducta humana como la interacción recíproca y continua entre los determinantes cognitivos, comportamentales y ambientales. García y Sancha (1985) exponen que la observación de modelos incide sobre el joven en la adquisición de hábitos de comportamiento generales y particulares (agresión), normas y juicios morales, y en el autocontrol (entendiendo éste como la capacidad de tolerar la demora de la recompensa, la posibilidad de renunciar al refuerzo inmediato en vistas a lograr metas a largo plazo y el empleo de autorrefuerzos y autocastigos). Siguiendo esta línea, Bandura y Walters (1988) intentan explicar la conducta antisocial desde los principios del aprendizaje social, incidiendo en que el reforzamiento vicario depende de las consecuencias que para el modelo tiene su conducta. Si el modelo es recompensado o si el comportamiento es muy valorado por el grupo, se generan en el observador unas expectativas de obtener recompensas semejantes al llevar a cabo la

conducta, pero cuando es castigado, el observador tenderá a devaluar tanto al modelo como al comportamiento. Por tanto, las más altas tasas de conducta agresiva, se han encontrado en ambientes en que abundan los modelos agresivos y donde la agresividad es altamente valorada. El problema surge cuando los modelos de agresión se pueden encontrar en la familia y la subcultura, y de forma simbólica en cine y televisión estando, por tanto, al alcance de los jóvenes (Belson, 1978; Howe, 1977).

La aparición de la delincuencia según la teoría del desarrollo cognitivo-social o moral

Piaget (1932) mantuvo que los niños comienzan a aprender las reglas morales de los adultos, distinguiendo, en primer lugar, un período temprano de autocentrado (período egocéntrico), que luego era seguido de dos etapas:

- a) Realismo moral, donde el juicio moral del niño está dominado por los adultos, y lo bueno es referido en término de obediencia a los roles paternos, evaluando sus actos con relación a la exacta conformidad con las reglas establecidas (normas externas).
- b) Relativismo moral donde existe cooperación, reciprocidad y autonomía moral. Aquí, el niño internaliza las leyes y luego emite juicios. A partir de esta idea, según Finckenaue (1984), para Piaget el desarrollo inadecuado de la etapa del relativismo moral, implica una perturbación en el proceso de socialización que conlleva la conducta delictiva.

La investigación llevada a cabo por Kohlberg (1958) sugiere que las ideas en torno a la sociedad progresan a través de etapas morales (un esquema cognitivo que se relaciona a una conducta situacional, tanto a corto como a largo plazo), situando la comprensión de la moralidad y la justicia en la adolescencia. De aquí que la detención en el desarrollo moral en la edad de los 13 años, debido a la existencia de un ambiente social y físico inadecuado para poder ponerse en el lugar del otro, suponga el inicio de la delincuencia (Finckenaue, 1984; Scharf, 1978).

A partir de estas investigaciones, Hoffman (1984), afirma que la aparición de conductas antisociales está relacionada con la insatisfacción de ciertas necesidades del chico (seguridad, conocimiento de las fronteras de control, dependencia con otros y desarrollo de competencias a través de experiencias de éxito en la manipulación del ambiente) y con la imposibilidad de llevar a cabo ciertas tareas de desarrollo (adquirir conductas socialmente responsables, preparación para un futuro, etc.).

Teorías sociológicas en la explicación de la delincuencia

Teorías de la socialización deficiente

Este grupo de teorías intentan explicar la delincuencia a través de la deficiente socialización de los individuos, y cómo la familia, la escuela, la comunidad y las amistades favorecen o interfieren este proceso (Hassemer y Muñoz- Conde, 2001).

De la escuela sociológica francesa, el primer autor en hacer estudio y análisis de las estadísticas criminales fue Quételey (citado en Garrido, Stangeland y Redondo, 1999), al formular que la toma de conciencia de las personas de las desigualdades sociales, da lugar a sentimientos de injusticia y resentimiento y esto puede contribuir al delito en la clase pobre urbana. Por tanto, la sociedad prepara criminales y los culpables son los instrumentos que los ejecutan.

Posteriormente, la escuela de Chicago y sus teorías ecológicas, relacionan el fenómeno criminal con la estructura social en la que se desenvuelve y en función del ambiente que la rodea (Moliné y Larrauri, 2001). La idea central fue “la hipótesis zonal”, realizada por Burgess (1925), que divide a la ciudad de Chicago en cinco zonas concéntricas: la zona 1, o distrito central de negocios (zona interior); la zona 2, que es la “zona de transición” que está deteriorada y aparecen fábricas y suburbios; la zona 3, donde vive la gente trabajadora; las zonas 4 y 5 corresponden a zonas residenciales y suburbanas. Por ello, este autor demostró que ciertas zonas de la ciudad arrojaban delincuentes, sobre todo la zona de transición donde había grandes problemas de integración.

Otros autores como Shaw y McKay (1942) al estudiar las estadísticas del Tribunal Tutelar de Menores de Chicago, encuentran que la mayoría de los menores delincuentes residían en un sector urbano particular (zona delincencial con deterioro físico, superpoblación, proximidad a zonas industriales...) que favorecía actitudes a favor del delito mantenidas por la comunidad social, el vecindario y la familia. Siguiendo esta línea argumental, surge la teoría clásica de las subculturas representada por Cohen (1955), que muestra como la mayoría de los problemas de adaptación se solucionan de forma normal, pero en algunos casos, las personas eligen soluciones desviadas, basándose en los grupos de referencia. Por tanto, un joven en conflicto o inadaptado puede optar por tres alternativas:

- Incorporarse al ámbito cultural de los jóvenes de clase media, aunque suponga competir en inferioridad de condiciones.
- Integrarse en la cultura de otros jóvenes de la calle renunciando a sus aspiraciones.
- Integrarse en una subcultura delincuente creada por jóvenes que se encuentran en la misma situación social y en la que encuentran valores antisociales y normas propias, al margen de la sociedad imperante, en donde se encuentran más cómodos para la supervivencia.

Hasta ahora se han explicado algunas teorías explicativas de la delincuencia como socialización deficiente, pero ¿cuáles son los mecanismos de transmisión de las pautas de conducta antisocial? Hay dos teorías importantes: la del contagio social y la teoría de la asociación diferencial.

La teoría del contagio social fue propuesta por Park (1925) y tiene la misma connotación negativa que “malas compañías”, refiriéndose a las consecuencias negativas de la concentración de individuos con tendencias similares en una determinada zona.

La teoría de la asociación diferencial (Sutherland y Cressey, 1966) propone que la conducta delictiva, al igual que cualquier otro comportamiento, se aprende en un proceso de comunicación con otras personas y dicho proceso de aprendizaje se produce al margen de la influencia de los medios de comunicación (prensa y radio) impersonales. Para que un individuo se convierta en delincuente, no basta con que haya estado en contacto con pautas de comportamiento delictivo, sino que es necesario un exceso de dichos contactos en relación con los no delictivos.

Teorías de la estructura social defectuosa

Una de las teorías más importantes recogidas en este apartado es la de la anomia. Durkheim (1955) se considera pionero en el concepto de anomia referido al delito, aunque no completó su teoría. Para el autor la anomia expresa las crisis, perturbaciones de orden colectivo y desmoronamiento de las normas y valores vigentes en una sociedad, como consecuencia de un cambio social producido de forma súbita, llevando a los sujetos al inconformismo, al crimen, la destrucción y el suicidio. Posteriormente, Merton (1980) revisa y amplía la teoría de la anomia proponiendo dos proposiciones básicas:

- Las contradicciones de la estructura cultural (objetivos o metas) y la estructura social (medios institucionalizados), producen una tendencia a la anomia en la sociedad que afecta en particular a la clase baja.
- Existen cinco respuestas individuales típicas de la adaptación que son la conformidad, la innovación, el ritualismo, el retraimiento y la rebelión. Excepto la primera, las demás son tipos de conducta desviada (no necesariamente delincuentes).

Por tanto, se deduce que la clase baja tendría menos oportunidades de conseguir sus objetivos por vía legal, desarrollando conductas desviadas.

Otra teoría destacable sería la del control o arraigo social propuesta por Hirschi (1960), que a grandes rasgos viene a decir que la sociedad se esfuerza en presionar a sus miembros con modelos de conformidad, pero las personas que carecen de vínculos sociales están predispuestas a delinquir, en comparación con aquéllas que tienen gran arraigo social. La familia y la escuela son los dos sistemas convencionales de control social.

Por otro lado, la teoría de la tensión o frustración sostiene que las relaciones negativas, los estímulos nocivos y los sucesos vitales estresantes pueden desencadenar furia y frustración hasta llegar al punto del crimen o la delincuencia. Distingue tres tipos de frustración:

- 1) Como consecuencia de un fallo en el logro de metas se produce una gran tensión.
- 2) Como resultado del rechazo o la eliminación de logros positivos anteriormente alcanzados.
- 3) Producida por la exposición a estímulos negativos (p.e. ser ridiculizado por los compañeros).

Por tanto, el comportamiento desviado sería una solución a la frustración que algunas personas utilizan para conseguir sus logros o evitar estímulos nocivos.

Para finalizar, destacar la teoría del autocontrol recogida por Gottfredson y Hirschi (1990), que expone que la mejor manera de que la gente se resista a cometer delitos y a renunciar a las satisfacciones inmediatas es tener autocontrol, siendo definido como un rasgo individual que explica las variaciones en la probabilidad de ser atraídos por semejantes actos. Por tanto, cuando el camino hacia la delincuencia se inicia a edades tempranas, depende de cómo haya sido inculcado por los padres en los primeros años de la niñez.

Teorías integradoras

Como ya se ha expuesto, han sido muchas las teorías que han tratado de explicar el porqué de la delincuencia. Se han argumentado teorías biológicas, psicológicas y sociales, pero ninguna ha explicado satisfactoriamente la conducta antisocial en los jóvenes. De aquí surge la necesidad de teorías integradoras que según Moliné y Larrauri (2001), requieren establecer factores asociados a la delincuencia, pudiendo parecer que un fenómeno delictivo aparezca asociado a factores de diversas teorías. Una de las teorías integradoras más relevantes en el estudio de la conducta antisocial, fue la propuesta por Farrington (citado en Farrington, Ohlin y Wilson, 1986) que integra aspectos vistos en otras teorías, como la teoría de las subculturas de Cohen, la teoría del control de Hirschi, la teoría de la asociación diferencial de Sutherland, la teoría de la desigualdad de oportunidades de Cloward y Ohlin y la teoría del aprendizaje social de Trasler. Según Farrington (1986) los delitos se producen mediante procesos de interacción entre el individuo y el ambiente, que él divide en cuatro etapas:

- En la primera etapa, se sugiere que la motivación o el deseo de bienes materiales, de prestigio social y de búsqueda de excitación producen actos delictivos.
- En la segunda etapa se busca el método legal e ilegal de satisfacer los deseos. La relativa incapacidad de los jóvenes pobres para alcanzar metas u objetivos mediante métodos legítimos puede ser, en parte, porque tienden a faltar a la escuela y, por tanto, encuentran empleos de bajo nivel.

- En la tercera etapa, la motivación para cometer actos delictivos se magnifica o disminuye por las creencias y actitudes interiorizadas sobre el significado de infringir la ley, desarrolladas a partir de la historia de refuerzos y castigos.
- La cuarta etapa supone que los factores situacionales (costes y beneficios) serán los que lleven a cometer los delitos.

A modo de conclusión, el autor señala que la delincuencia alcanza su cota máxima entre los 14 y los 20 años, porque los chicos (de clase baja que abandonan la escuela) tienen fuertes deseos de excitación, cosas materiales, status y pocas posibilidades de satisfacerlos; por el contrario, después de los 20 años, los deseos se atenúan o se vuelven realistas, disminuyendo la conducta antisocial.

COMORBILIDAD DEL TRASTORNO DISOCIAL

La comorbilidad es la presencia de uno o más trastornos en una persona además de la enfermedad o trastorno primario, y el efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.

Es poco frecuente que el trastorno antisocial se presente de forma aislada, generalmente va asociado a otros síntomas y trastornos. El TDAH es el trastorno en el que mayor porcentaje de comorbilidad aparece en relación a la conducta antisocial.

Hay pocos estudios que presenten evidencia de trastornos coincidentes con trastorno disocial, quizás porque estos trastornos tienen tendencia a aparecer más delante de la vida del sujeto. Sin embargo, hay evidencia de que el trastorno disocial está asociado a un riesgo más elevado de padecer otros trastornos durante la infancia y la adolescencia que niños sin trastorno disocial. Entre estos trastornos, los de conducta aparecerían en el 21% de los trastornos depresivos, en el 25% de los psicóticos, en el 32% de los que consumen drogas y en el 35% de los que tienen un diagnóstico de trastorno de hiperactividad.

Por otro lado, hay estudios que demuestran que es más probable que se desarrollen más trastornos asociados cuando hay un trastorno disocial de base que no que se desarrolle un trastorno disocial cuando hay otro trastorno de base. Los trastornos concomitantes más frecuentes son los siguientes:

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

Se ha intentado relacionar el efecto del TDAH sobre el trastorno disocial. Hay muchos estudios contradictorios, sin embargo, coinciden en que el TDAH influye en el desarrollo, curso y gravedad del trastorno disocial. Los jóvenes con trastorno disocial (o problemas de conducta definidos de otras maneras) y TDAH coincidente presentan a edad más temprana alteraciones en el comportamiento y muestran más agresión física y trastorno disocial más persistente que los chicos con sólo trastorno

disocial. Entre las características y conductas observables (Soutullo y Díez, (37)) que podemos señalar del TDHA destacan: Inatención, impulsividad, dificultad para las relaciones con otros niños y adultos, bajo rendimiento escolar y baja autoestima.

Trastornos del estado de ánimo.

Hay estudios que valoran la relación entre el trastorno disocial y los trastornos del estado de ánimo, pero los resultados son inconsistentes. No se sabe con certeza si el trastorno disocial es un precursor de la depresión en algunos niños o un trastorno concomitante. La alta incidencia de la depresión coincidente con trastorno disocial es de interés especial porque la presencia conjunta de estos trastornos parece aumentar el riesgo de consecuencias graves como el abuso de sustancias y el suicidio. Se ha estudiado la relación con el trastorno bipolar y se ha visto que es posible que sea en fase relajada y maníaca cuando se puedan cometer los actos delictivos o graves, pero no hay resultados determinantes.

Trastornos de ansiedad.

Hay una considerable evidencia sobre la influencia entre el trastorno disocial y los trastornos de ansiedad. Paradójicamente, parece que los trastornos de ansiedad protegen a los niños de padecer un trastorno disocial cuando se presentan solos, sin embargo, los chicos que presentan un trastorno disocial corren más riesgo de presentar trastornos de ansiedad coincidentes. Hay que distinguir entre inhibición de comportamiento y retraimiento. El primero es un factor protector del trastorno disocial, mientras que el segundo es un factor de riesgo que predecía positivamente la delincuencia. Los chicos disruptivos y retraídos a la vez tenían más probabilidad de delinquir y deprimirse que los chicos sólo disruptivos.

Trastorno somatoforme.

El DSM-IV identifica el trastorno disocial como un riesgo para posibles trastornos somatoformes futuros. Se han hecho estudios relacionándolos con el trastorno antisocial de la personalidad y sobre genética familiar en poblaciones adultas, pero los datos no son significativos. También se ha visto que un alto índice de somatizaciones en el adolescente predecía una alto índice de delincuencia en chicas pero no en chicos.

Uso de sustancias.

El trastorno disocial es el trastorno psiquiátrico más relacionado con el uso de sustancias. El inicio del trastorno disocial precede o coincide con el inicio del trastorno por uso de sustancias, por lo tanto, es posible que la relación entre trastorno disocial y uso de sustancias sea recíproca, es decir, uno aumenta la expresión del otro.

Comorbilidad con Trastornos Psicológicos Graves

El alcoholismo y los problemas de drogas son los trastornos psicopatológicos más marcadamente asociados con la conducta antisocial (Hodgins, 1993; Marzuk, 1996).

En referencia a los trastornos de personalidad (se hace referencia a adultos jóvenes) se ha encontrado que es el trastorno antisocial de personalidad el que mayor correlación presenta con la delincuencia, aunque se observan dificultades terminológicas a la hora de distinguir los sujetos con trastorno antisocial de personalidad y psicópatas. En este sentido, según Martínez, López y Díaz el tipo de delito que aparece con mayor frecuencia en sentencias sobre sujetos-reclusos mayores de 18 años con un trastorno de personalidad está relacionado con la violencia hacia las personas (delitos sexuales). Sin duda, el grupo A de trastornos de personalidad es el que ejerce mayor violencia. Sin embargo, es en el grupo B donde se encuentra el trastorno antisocial, en el que recaen la mayor parte de los robos violentos ya sea por agresión, intimidación o uso de armas y, también, donde aparece una mayor variabilidad delictiva.

El grupo C apenas aparece, con un solo caso de trastorno dependiente en un delito no violento. En concreto, la mayor parte de la violencia hacia personas corresponde al trastorno paranoide, con el 75% del total de los delitos violentos cometidos por el grupo A, de los cuales, además, la mitad son específicamente parricidio. También en el trastorno esquizoide se encontró un alto porcentaje de delitos violentos. Los resultados indican también una alta probabilidad de delito violento en el trastorno límite y de delito sexual en el trastorno esquizoide. La baja o nula representación de otros trastornos apunta hacia una escasa proclividad al delito, o al menos al delito grave, especialmente en el grupo C.

Con respecto a las psicosis, determinados delitos (destrucción de propiedad y crímenes violentos) pueden tener su origen en procesos mentales anormales como las percepciones distorsionadas, el razonamiento defectuoso y la regulación afectiva defectuosa de las psicosis. En este sentido, es adecuado señalar que el riesgo no se derivaría del propio diagnóstico de psicosis, sino de los síntomas como tal. La psicosis no sólo se ha relacionado con el origen de determinadas conductas antisociales, sino que ha sido considerada como posterior al comienzo de las mismas en la niñez. Esto sería interpretable en términos de una conducta antisocial intrínseca a las manifestaciones precoces de la esquizofrenia.

Trastornos que aparecen como primarios con conducta antisocial como secundaria

Conducta Antisocial-Abuso de sustancias

En la mayoría de los estudios que se han desarrollado, aparece una clara relación entre estas dos conductas, lo que es más problemático es descubrir si el uso o abuso de sustancias es desencadenado por la conducta antisocial, si coexisten ambos, como parte de “un síndrome de conducta problemática en la adolescencia” (Donovan, Jessor, Costa F., 88); o el abuso de sustancias actúa como factor de riesgo en el desarrollo de trastornos de conducta. En un estudio de Kandel, Simcha-Fagan y Davies (1986), el uso de sustancias predijo la agresión interpersonal en mujeres pero no en hombres. Como dato más alarmante resaltamos que un estudio reveló el 82% de los asaltos sexuales estarían inmediatamente precedidos por solo, el uso del alcohol (Huizinga, Menard y Elliott, 89).

Conducta Antisocial-Depresión

Los resultados, en general, sugieren que la típica secuencia de comienzo es, primero conducta antisocial y luego depresión. Se puede estimar que la prevalencia de esta comorbilidad, se sitúa entre un 11% y un 33% (Vermeiren, 2003). En lo referente al género, la relación entre conducta antisocial y depresión parece ser mayor, generalmente, entre las chicas. Las diferencias más marcadas respecto al género las encontramos en el periodo adolescente de 12-16 años cuando esta comorbilidad con los trastornos emocionales se sitúa en un 15% en los chicos y en un 48% en las chicas (Offord et al., 87).

Conducta Antisocial-Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

La alta comorbilidad entre los dos trastornos puede resultar parcialmente del hecho de que los comportamientos impulsivos sean característicos en ambos. En datos recientes, la asociación entre TDAH y trastornos del comportamiento se sitúa entre el 30% y el 60% (López, Serrano y Delgado, 2004). Encontramos evidencias de la independencia así como de la coocurrencia de estos trastornos, las puntuaciones en estas escalas están altamente correlacionadas; por ejemplo en el Child Behavior Checklist (CBCL), las correlaciones entre las escalas de agresión e hiperactividad oscilan entre .51 y .71 (Achenbach y Edelbrock, 83). Estudios longitudinales han mostrado, que el TDAH predijo posteriores problemas conductuales.

También se sabe que cuando se dan ambos trastornos, los padres han tenido más problemas familiares en la infancia y la adolescencia (Williams y Best, 89).

Conducta Antisocial-Trastornos de ansiedad

El grupo de los trastornos de ansiedad constituye la categoría diagnóstica menos investigada en adolescentes antisociales. En el estudio de salud de Ontario (Bowen, Offord y Boyle, 90), el 15.3% de los chicos con conducta disocial y el 48.1% de las chicas con esta conducta entre los 12- 16 años respondían en la investigación al criterio de trastorno neurótico (trastorno por ansiedad, ansiedad por

separación, obsesivo compulsivo).

Los estudios han mostrado que los chicos con problemas emocionales sin conducta disocial tenían un riesgo reducido de convertirse en antisociales, inadaptados, o delincuentes (Kohlberg, Ricks y Snarey, 84). Las diferencias en cuanto al género en esta comorbilidad se espera que sean más altas en la adolescencia.

Conducta Antisocial-Problemas somáticos

Los patrones de comorbilidad entre estos dos trastornos pueden esperarse que no aparezcan hasta el final de la adolescencia o el principio de la vida adulta (Loeber y Keenan, 94). Offord, Alder y Boyle (1986), encontraron que el 37% de las chicas con conducta antisocial también tenían trastorno de somatización, comparado con el 20% de los chicos adolescentes (12-16 años); la proporción fue sin embargo, más alta para los chicos que para las chicas. La relación entre agresión y/o conducta antisocial y el patrón de quejas somáticas, es significativa estadísticamente entre los 12 y los 17 años, en población general y en muestras clínicas (López et al., 97).

Género y concomitancia de trastornos

Según diversos estudios, se han llegado a las siguientes conclusiones:

- Las chicas con antecedentes de trastorno disocial, tienen un índice alto en casi todos los trastornos (TDAH, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y abuso sustancias).
- En las chicas los trastornos coincidentes con el trastorno disocial son relativamente predecibles, por ejemplo, en ansiedad y depresión para las que corren más riesgo de sufrirlas que los chicos.
- Parece que hay una paradoja en cuanto al género para trastornos coincidentes, ya que el género con menor incidencia de un trastorno está más en peligro de desarrollar otro trastorno relativamente raro.
- Se ha visto que las chicas diagnosticadas de TDAH tiene más probabilidad de ser diagnosticadas de trastorno disocial que los chicos, aunque ambos trastornos tengan mayor incidencia en chicos que en chicas. Parece que la impulsividad es el factor de relación entre TDAH y trastorno disocial. (La investigación en chicas no se ha realizado).
- Se ha comprobado que las chicas pre-adolescentes tienen menor incidencia de distimia y mayor de depresión que los chicos pre-adolescentes.
- Las conductas suicidas tiene una proporción de 8.6 frente al 5.6 de los chicos. También se ha comprobado que las chicas muy agresivas entre 14 y 15 años tienen un nivel de intentos de suicidio tres veces superior al de los chicos.
- Se ha visto que en los chicos está relacionada la gravedad de los síntomas de trastorno disocial con la gravedad del uso de sustancias. En las chicas esta relación no se cumple.
- Los chicos están más relacionados con comportamientos anti-sociales, mientras que las chicas

experimentan con mayor frecuencia problemas relacionados con la actividad sexual temprana, abuso del alcohol y consumo de marihuana.

- Un índice elevado de mujeres alcoholizadas estaban a la vez deprimidas y tenían una conducta delictiva elevada (un 17,8% frente a un 11,8% en chicos) a pesar de que la incidencia del abuso del alcohol en mayores era la mitad que en los hombres (8,4% frente al 17,3%).

En definitiva, el trastorno disocial pone a los chicos en un riesgo elevado para padecer otros trastornos mentales: El trastorno negativista desafiante (TND) puede ser un precursor del trastorno disocial y éste, a su vez, serlo del trastorno antisocial de la personalidad. El TDAH es concomitante al TND y al trastorno disocial, pero parece que no afecta al curso del trastorno disocial si no aparece antes un TND. La ansiedad y la depresión no poco probables en la infancia, coincidiendo posteriormente con el trastorno disocial, primero la ansiedad y luego la depresión. El abuso de sustancias se desarrolla a la vez que el trastorno disocial.

PRONÓSTICO DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL

Una vez se desarrolla un trastorno antisocial de la personalidad, evoluciona siguiendo un curso sin remisiones con un pico de conducta antisocial al final de la adolescencia. El pronóstico es variable. Algunos estudios indican que los síntomas disminuyen a medida que los pacientes se hacen mayores.

Estudios de seguimiento de grupos de alto riesgo en población general (Robins, 1978) han dado lugar a resultados aplicables a todo grupo de muchachos que muestren una amplia variedad de conductas antisociales frecuentes. West (1985) las resumen en:

1. La conducta antisocial en la edad adulta virtualmente requiere la presencia de conducta antisocial en la niñez.
2. La mayoría de los chicos antisociales no se convierten en adultos antisociales.
3. La variedad de la conducta antisocial manifestada en la niñez es el mejor predictor de la conducta antisocial adulta, más que cualquier otra conducta particular.
4. La conducta antisocial adulta es mejor pronosticada por la conducta manifestada en la niñez que por los antecedentes familiares o la clase social o la educación.
5. La clase social contribuye poco a la predicción de conducta antisocial grave en la edad adulta.

Robins ha mostrado que sólo una parte de la población psicopática está actualmente en manos de profesionales y que éstos tienen un pronóstico peor que los no tratados. La razón estriba en que sólo van a para a los psiquiatras los sujetos que sufren algún trastorno grave y que son llevados a ellos por un tribunal judicial o por otra mediación más o menos parecida. Es probable que tales sujetos

representen los peores elementos de la población con un trastorno antisocial; por lo menos, su conducta ha requerido la intervención pública.

Detectar y atender la psicopatía específica que presente el joven es básico porque en muchas ocasiones esa psicopatología le ha llevado por la vía del delito o a la vida en “banda”. También nos podemos encontrar psicopatología específica derivada de las experiencias vividas en el grupo o en el mundo de la delincuencia: trastornos de estrés postraumático, trastornos adaptativos o distimia depresivas: adolescentes que se iniciaron en ese mundo en condiciones de “normalidad”, pero que sufrieron las secuelas psíquicas de su paso por él. Podríamos hablar por tanto, de una psicopatología primaria y una secundaria. Dentro de la primaria estarían todas las circunstancias de victimización, porque más frecuente el niño o adolescente puede ser víctima que no actor del delito (Hava García).

El compromiso del joven con la relación terapéutica es imposible si éste no se plantea la necesidad. Esta necesidad podría venir por la vía de la eclosión de una crisis psicopatológica o por una entrada en ámbitos judiciales. Por cualquiera de esas vías puede verse “independizado” del grupo y encontrarse solo frente a su realidad y biografía. Si tiene cerca un profesional que le inspire confianza, habría garantías de éxito por la misma plasticidad que tienen los pacientes a esa edad, las energías para el cambio son potentísimas, siempre que se vean canalizadas o se motive suficientemente.

Resistencia y protección frente al trastorno antisocial

Tabla 1
Factores de resistencia y protección
- CI alto
- Temperamento fácil.
- Habilidad para relacionarse.
- Buenos hábitos de trabajo en la escuela.
- Buena relación con, al menos, uno de los padres u otro adulto importante.
- Un grupo de amigos pro-sociales.
-Un ambiente escolar apropiado que representa responsabilidades y autodisciplina.
- Selección de amigos no delincuentes y relaciones interpersonales estables.
- Capacidad de “dominio”*

* La capacidad de dominio tiene que ver con el control de impulsos. Los delincuentes “dominados” cometen menos actos delictivos pero cuando los realizan son más graves que los “no dominados”.

MODELOS PREVENTIVOS DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL EN ADOLESCENTES

En las últimas décadas ha tenido lugar un cambio hacia el optimismo, en cuanto a lo que se puede lograr mediante intervenciones para prevenir o reducir la delincuencia (Mulvey et al., 1993; Palmer, 1991). Este cambio, parece derivarse de los nuevos análisis más sistemáticos, complejos y cuantitativos de antiguos modelos de prevención, relacionándose con los nuevos avances en la comprensión de los procesos causales que subyacen a la conducta antisocial (Rutter et al., 2000). Las antiguas ideas, de que los orígenes de la delincuencia se podían reducir a un mecanismo básico, se han desvanecido, pero es necesaria cierta combinación de factores de riesgo (ambientales e individuales) como esquema causal de los procesos que conducen a la delincuencia.

Según Rutter et al. (2000), esta cadena causal requiere empezar por una propensión del individuo de cometer delitos, propensión que queda relegada a los factores de riesgo individuales, tanto de corte psicológico (impulsividad, agresividad, trastornos psicológicos, procesamiento de la información, solución de problemas, actitudes y creencias) como de socialización (familia, escuela y grupo de iguales). Más allá de las diferencias individuales, existen situaciones que desencadenan ciertas emociones negativas, tales como la ira y la frustración, ya que el contexto no proporciona los medios necesarios para la consecución de las metas o necesidades de la persona. Además, el que tengan lugar o no actividades antisociales, se verá influido en la medida que la situación social proporcione presión para llevarla a cabo (consumo de drogas, testimonios de actos antisociales anteriores, modelos de conducta antisocial de su grupo de amigos) o, por el contrario, para inhibir su aparición (apego familiar y escolar entre otros). También, las oportunidades para delinquir son decisivas (objetivos accesibles, una falta de vigilancia, un tiempo sin supervisión y medios disponibles para la conducta antisocial) (Cohen, 1955).

A partir de los procesos causales que llevan a la comisión de actos antisociales surgen estrategias preventivas y de intervención de la delincuencia. Se comentan, por un lado, las estrategias preventivas en la fase predelictiva y, por el otro, la prevención e intervención en la fase postdelictiva.

Estrategias preventivas en la fase predelictiva

La prevención predelictiva es aquella que tiene lugar antes de que intervengan la policía y los tribunales. Se trataría de un tipo de prevención primaria cuyas estrategias van encaminadas a la educación preescolar, a la mejora de las capacidades de crianza y al tratamiento temprano de la conducta perturbadora.

La educación preescolar: La mayoría de estos programas se establecieron con el objetivo de mejorar el desarrollo cognitivo de los niños y su rendimiento escolar. Además, el centro de atención

suele consistir en un aprendizaje activo, junto con el fomento de la independencia de los niños, el desarrollo de la autoestima, la enseñanza de resolución de problemas, la persistencia en tareas, la buena integración hogar-escuela con clases pequeñas, así como con profesores formados y supervisados.

La mejora de la crianza en familias de alto riesgo : Tremblay y Craig (1995) muestran que la prevención en la primera infancia para mejorar la crianza en grupos de alto riesgo (p.ej.: niños con bajo peso al nacer) es fundamental. Típicamente, las niñeras que visitan las casas proporcionan una guía sobre el desarrollo del niño, los cuidados en el hogar y las pautas de crianza en particular. Los hallazgos muestran beneficios sustanciales en la prevención del maltrato infantil, la negligencia en los niños, la mejora del desarrollo cognitivo y la reducción de las dificultades de conducta. Las repercusiones son evidentes con respecto a la prevención de la delincuencia posterior del niño.

El tratamiento temprano de la conducta perturbadora: Este tipo de intervención es diferente de los anteriores, debido a que se centra en la mejora de la conducta perturbadora en niños concretos (Patterson, 1982; Kazdin, 1997; Webster-Stratton, 1991), en vez de en el desarrollo psicosocial temprano o en las pautas de crianza. Estos programas enfatizan el uso del elogio para el comportamiento adecuado, sanciones para la conducta inadecuada, negociación familiar y resolución de problemas.

Los modelos más destacados son comentados a continuación, tales como el Programa Webster-Stratton (1984) o el del Centro de Aprendizaje Social de Oregón (Patterson, Dishion y Bank, 1984; Patterson, Reid y Dishion, 1992).

Las intervenciones en la escuela: Los niños pasan gran parte de su vida de vigilia en el colegio. Por ello, la escuela constituye una organización social que ejerce un considerable efecto sobre la conducta y los logros de los niños, para controlar los cambios que se producen en los chicos de una etapa escolar a la siguiente (Maughan, 1994). Se trata, por tanto, de mejorar la capacidad social del niño en el medio escolar y reducir la conducta agresiva. En este sentido, la escolarización eficaz se caracteriza por una dirección fuerte y positiva, expectativas por parte de los alumnos, un seguimiento sistemático del progreso de los alumnos, uso apropiado de recompensas y castigos, una adecuada implicación de los padres en las actividades escolares de sus hijos y una atención en el aprendizaje y enseñanza de alta calidad (Mortimore, 1995).

Las intervenciones multimodales: Muchas intervenciones han pasado de fundamentarse en un solo elemento a tener un carácter multifacético. Tratan de fortalecer los vínculos de los niños a su familia y a la escuela, vínculos que comprenden afecto positivo hacia los demás, compromiso y

creencia en los valores sociales. La intervención incluye enseñar a los chicos resolución de problemas sociales y cognitivos, mejorar la comunicación, educar a los padres para que sepan comportarse con sus hijos, y ayudar a los profesores a llevar la clase adecuadamente. Sería una intervención en el ámbito familiar, escolar y psicológico.

*Algunos modelos teóricos preventivos y sus ámbitos de aplicación

A continuación se revisan los principales programas de prevención en función de los diferentes ámbitos en donde se pretenda trabajar, ya sea en la escuela, en la familia o en la comunidad. Los programas serían:

Programas de educación preescolar

La intervención más citada en relación con la prevención de la delincuencia es el High/Scope Perry Preschool Study, que destaca por centrar su atención en un grupo de familias de muy alto riesgo, por la calidad de su programa, por su escaso índice de bajas y por la duración del seguimiento (hasta los 27 años) (Weikart y Schweinhart, 1992).

Los niños asistían a clases especiales de dos horas y media al día durante 30 semanas y un profesor visitaba sus casas un día a la semana. El centro de atención se dedicaba al aprendizaje activo, el desarrollo de la autoestima, el fomento de la independencia, la enseñanza de la resolución de problemas y la continuidad en las tareas. También se fomentaban las relaciones positivas con la familia, que los profesores estuvieran bien formados y las clases fuesen poco numerosas.

Los resultados del programa muestran que el grupo High/Scope, en comparación con uno control, tuvo menos arrestos (hasta los 27 años) que el grupo en el que no se realizó intervención; siendo la diferencia más evidente en cuanto a delitos menores, arrestos relacionados con las drogas e índices de embarazos adolescentes.

Programas de mejora de la crianza en familias de alto riesgo

Una iniciativa de prevención con un seguimiento adecuado fue el programa de la Universidad de Syracuse, que se centró en chicas pobres embarazadas carentes de educación en el ámbito de escuela secundaria (Lally, Mangione y Honig, 1988). El programa se basaba en hogares y centros de día encaminados a fomentar la iniciativa personal, el sentimiento de autoeficacia y la participación. Se utilizaron juegos sensorialesmotores y de lenguaje para promover el desarrollo cognitivo. Los resultados muestran que los primeros aumentos en CI no se mantenían, pero el índice de delincuencia disminuyó considerablemente.

Programas de tratamiento temprano de la conducta perturbadora

Los programas se han basado en un período de edad entre los 3 y los 8 años aproximadamente. El trabajo pionero de Patterson y sus colegas en el Centro de Aprendizaje Social de Oregón (Patterson et al., 1992). Estos autores insistieron en el valor del seguimiento de la conducta de los niños en casa, el amplio uso del elogio para la conducta adecuada, sanciones sistemáticas por la conducta errónea y la importancia de la negociación familiar constructiva y de la resolución de problemas.

Otro programa es el desarrollado por Webster-Stratton (1991), que hace hincapié en los conflictos matrimoniales en las familias de los niños con problemas de comportamiento. Esta autora parte del modelo BASIC (una formación en capacidades interpersonales para los progenitores que es básica), que se centraba en la manera de jugar del niño, el uso de la alabanza y las recompensas, el dominio del enfado, la comunicación, el control de la depresión y el dar y recibir apoyo. Además, para poder generalizar y aumentar la duración del programa, se ayuda a los padres a contribuir a las capacidades escolares de sus hijos mediante apoyo con los deberes, se enseña a los niños capacidades sociales, resolución de problemas y control del comportamiento en el aula. Finalmente, se ayuda a los profesores en el control del aula y en el fomento de la participación de los padres. Los resultados fueron muy positivos con la combinación de la formación de los padres, los hijos y los profesores.

Programas en la escuela

Se puede hablar de varios tipos de programas.

Uno, encaminado a mejorar la capacidad social y la resolución de problemas sociales. Un ejemplo sería el Entrenamiento en Habilidades de Vida de Botvin (Botvin, citado en Botvin, Baker, Filazzola y Botvin, 1984), programa de competencias psicosociales, que fomenta las capacidades de resistencia social, la toma independiente de decisiones, la capacidad de hacer frente a la ansiedad y el cambio autodirigido de comportamiento para prevenir el abuso de sustancias.

Otro programa es el Yale-New Haven, que iría encaminado a cómo hacer frente a los acontecimientos estresantes con éxito (Weissberg, Jackson y Shriver, 1993).

Por otro lado, el programa de Kellam, Rebeck, Ialongo y Mayer (1994) está encaminado a reducir la conducta agresiva en niños de escuela elemental, utilizando el Juego de Buena Conducta, una estrategia de dirección del comportamiento basada en equipos que se desarrollaba en el aula. Los beneficios fueron positivos.

Otros programas fueron el Positive Action through Holistic Education (acción positiva mediante educación Holística) (PATHE), encaminado a vincular a las escuelas a los alumnos de secundaria, utilizando la tutoría y actividades extraescolares; y el programa Student Training through Urban Strategies (STATUS), implicando a los adolescentes en la escuela y en organizaciones comunitarias (Gottfredson y Gottfredson, 1992).

Por último, el programa de Olweus (1993) para reducir la intimidación, tenía como objetivos incrementar la conciencia del problema, mejorar el medio social de la escuela, establecer límites firmes de la conducta adecuada, un grado aceptable de seguimiento-vigilancia y una aplicación de sanciones no hostiles ni físicas por el incumplimiento de normas.

Programas multimodales

Como ha quedado patente, el modelo de Webster-Stratton es un programa multimodal, porque no se centra únicamente en un ámbito de aplicación, sino que tiene en cuenta varios. El Programa Fast Track (Conduct Problems Prevention Research Group, 2000), constituye una intervención a largo plazo y en múltiples emplazamientos, desarrollada en escuelas y sirviendo para zonas de alta criminalidad. El programa se centra en seis ámbitos: los logros escolares, la capacidad social, las relaciones con los coetáneos, los vínculos hogar-escuela, la conducta en clase y la crianza. Los métodos empleados son las visitas a casa, la capacitación en habilidades y tutoría académica de los niños, padres y parejas de coetáneos. Los hallazgos parecen alentadores, pero con efectos modestos en relación con el grado y la intensidad de la intervención.

Estrategias de intervención y prevención en la fase postdelictiva

A continuación se revisarán las intervenciones clínicas realizadas con jóvenes que ya han recibido algún tipo de medida judicial por su conducta antisocial. Las diferencias con los programas preventivos, radican en el hecho de incidir en adolescentes en vez de en niños más pequeños (Rutter et al., 2000). Por tanto, la atención se centra en los efectos que, sobre sus carreras delictivas posteriores, tiene el que los individuos experimenten la intervención; sea esta punitiva, terapéutica o rehabilitadora.

Reducción de oportunidades para delinquir

La reducción de las oportunidades de delinquir consiste en que, para cualquier nivel dado de propensión individual a desarrollar una conducta antisocial, habrá unos factores de situación que influirán en si esa predisposición se traduce o no en comisión de actos delictivos (Rutter, Maugham, Meyer, Pickles, Silberg et al., 1997). Según Clarke y Cornish (1985), la delincuencia es una conducta intencional que sirve para satisfacer necesidades corrientes de dinero, status o sexo, que implican tomar decisiones. Pero dichas decisiones dependerán de parcialidades en el procesamiento de la información, por diferencias individuales en cuanto a la medida en que las personas piensan en las consecuencias, o sopesan líneas de actuación alternativas.

En concreto, las estrategias serían las siguientes:

La prevención de situaciones de delincuencia

La lista de éxitos en la utilización de estas medidas ha sido larga (Clarke, 1995; Pease, 1997). Las técnicas utilizadas hacen hincapié en tres aspectos: incrementar el esfuerzo que requiere cometer un delito, aumentar el riesgo que acompaña al acto delictivo y reducir la recompensa que sigue al delito.

El incremento en la vigilancia comunitaria y otras medidas en la comunidad

Es poco probable que la policía pueda aportar más vigilancia de la que ofrece a nivel de comunidad, por razones evidentes. Tanto en el Reino Unido como en Estados Unidos se han introducido planes de vigilancia por los residentes de barrios, pero los testimonios indican pocos éxitos (Bennett, 1990). La dificultad estriba en llevar a cabo estas medidas y que se mantengan después por los integrantes de cada barrio. Además, la desorganización social de ciertos barrios (con alta criminalidad) se caracteriza por baja estabilidad del vecindario, pobreza, elevado desempleo, etc., resultando difícil la vigilancia y control de la delincuencia. Esta opinión subyace a distintos proyectos, como el Chicago Area Project iniciado por Shaw en 1932 (Schlossman, Zellman y Shavelson, 1984), o al mucho más reciente British Priority Estates Project (Foster y Hope, 1993). No obstante, otros proyectos tendrían como objetivo el desarrollo de planes para fomentar el uso positivo del tiempo libre, animando a los jóvenes a participar en actividades constructivas (Graham y Bennett, 1995; Utting, 1996). Un ejemplo serían los grupos de Scouts (Quinn, 1995) en Estados Unidos. No obstante, los resultados hasta la fecha sugieren no mucha influencia en los índices de delincuencia, por deseables que sean todos estos proyectos.

Los efectos disuasorios en la población

Hay gran multitud de estudios que demuestran que la conducta de los jóvenes se ve influida por recompensas y castigos (Blackburn, 1993; Patterson, 1982). Por tanto, parece lógico que un medio eficaz de prevenir la delincuencia, fuese el incrementar la probabilidad de aprehender a los delincuentes y que se elevase el nivel de castigo de los condenados. No obstante, muy pocos de los actos delictivos tienen como consecuencia una condena y, por tanto, los delincuentes tienen la expectativa de que es probable que se libren del castigo (Rutter et al., 2000). Por tanto, si el castigo no es inmediato y es poco probable, pierde todo su poder disuasorio (McGuire y Priestley, 1995). En definitiva, los hallazgos relativos a la disuasión general y de la severidad del castigo son muy poco concluyentes hasta el momento (Rutter y Giller, 1983), a pesar de las considerables reducciones en el recurso de la custodia y un aumento en el uso de sentencias comunitarias por parte de los tribunales de menores en el Reino Unido (Allen, 1991; Morris y Giller, 1987).

CASO CLÍNICO

F.L.G. es un chico de 15 años. Vive en el domicilio familiar con sus dos padres y una hermana de 8 años. Pertenece a una familia de nivel económico medio-alto. Sus padres tienen un empresa de diseño publicitario que funciona muy bien, gracias a esto llevan una vida acomodada. Viven en un barrio obrero de Zaragoza. F.L.G. va desde pequeño a uno de los colegios privados de la ciudad (colegio alemán) donde está perfectamente integrado.

F.L.G. cursa 3º de ESO. En el primer trimestre ha suspendido nueve asignaturas. Los profesores dicen que va a clase de oyente: no distrae a otros compañeros pero tampoco participa. A partir de 1º de ESO comenzó a suspender aunque pudo ir recuperando materias sin dificultad. Hasta ese momento había sido un alumno brillante siendo considerado por sus compañeros el mejor de la clase junto a otra chica más. Las comparaciones entre ella y F.L.G. ahora son constantes por parte de la familia con ánimo de motivarlo para que continúe siendo el estudiante que era.

Junto a este cambio académico y en el transcurso de estos dos años comenzó a manifestar una serie de conductas disruptivas en casa que, si bien al principio no iban más allá de simples pataletas, posteriormente empezaron a endurecerse comenzando desde romper objetos de casa, hasta agredir a sus padres.

El chico ha comenzado a salir los fines de semana con su grupo de iguales; chicos que no dan confianza a los padres y junto a quienes ya ha tenido algún problema como algún pequeño robo a través de falsificación de dinero. Estos hechos no han trascendido a denuncia.

EVALUACIÓN

Primera entrevista los padres: (12.3.2010)

Acuden a consulta tras considerar que no pueden manejar el comportamiento de su hijo. El padre explica con más detalles que la madre cómo se comporta su hijo, la madre desde esa primera entrevista lo justifica aunque asiente cuando su esposo describe la crueldad con que F.L.G. se relaciona con ellos. La madre apela a que es buen chico y nombra algunos ejemplos de ello como que alguna vez lo ha visto ayudando a algún anciano o situaciones similares. El padre asegura que el tratamiento con el chico será costoso porque su carácter es muy complicado. Algunas de las conductas que describe son las siguientes: abre el frigorífico y lanza contra el suelo frutas, huevos, yogures..., o derrama una botella de aceite completa sobre el suelo de la cocina; lanza cuchillos a los padres, uno llegó a clavarse en el marco de una puerta; se encierra en el salón afirmando que ese espacio es suyo, no deja entrar a nadie mientras ve la televisión; lanza a los padres un litro de gel sobre la ropa cuando se disponen a salir con la pequeña al parque; coge al padre de la camisa hasta romperla (esto es muy

frecuente); da patadas a puertas, sillas, armarios...; saca la ropa de todos los armarios tirándola por las habitaciones... Generalmente estas conductas aparecen cuando le llevan la contraria en algo.

Actualmente los padres de F.L.G. se muestran especialmente preocupados porque está empezando a salir y creen que no va con buenas compañías. En general, los padres de F.L.G. lo consideran hábil en las relaciones sociales, tiene diferentes grupos de amigos: en el barrio, en el colegio, el grupo de Scouts y un cuarto grupo que es el que les preocupa. Las salidas durante los fines de semana lo ha hecho más fuerte y ahora lo perciben más agresivo que meses atrás. También temen que esté fumando porros. Se cuestionan cómo el desarrollo de su hijo en el grupo de iguales puede afectar en la conducta agresiva manifiesta.

La pareja solicita consulta domiciliaria para asegurar la adherencia al tratamiento. Les hace sospechar que F.L.G. puede abandonar la terapia el hecho de que ya inició tratamiento con un psiquiatra pero en la tercera consulta manifestó su disconformidad con ir al centro y dejó de acudir. El psiquiatra que llevaba en caso recetó Risperdal pero F.L.G. lo tomó sólo una semana. Los padres del chico sólo entraron en una ocasión a la consulta pero él dijo que no tenía nada que decir delante ellos. Éstos desconocían el tratamiento que se seguía al margen del fármaco recetado.

*

El manejo de estas conductas desadaptadas fue variando. Cuando el chico comenzó con las pataletas, la madre en prácticamente todas las ocasiones, daba una respuesta que reforzaba la conducta de su hijo: satisfacía lo que éste demandaba o protestaba gritándole hasta finalmente complacerlo. Por otro lado, el padre se mostraba más firme en una primera negativa a la demanda del chico pero generalmente acababa pactando con él. Estos pactos, a veces se llevaban a cabo correctamente, es decir, cada parte cumplía con lo que había dicho. Otras veces el chico conseguía lo que quería porque postergaba su compromiso aunque luego no cumplieres su palabra, o cumplía a medias el compromiso.

Las demandas de F.L.G. en el momento de la terapia se dirigían a conseguir más horas para salir con sus amigos, tener más dinero para salir, poder comprarse ropa,... Así, el padre pactaba con él todas estas cosas a cambio de que estudiase: Si estudiaba un número determinado de horas o aprobaba el examen del día siguiente (o similar) conseguiría lo que quería. Ya que esto no funcionaba, el padre fue variando sus recompensas y a su vez eliminando algunos distractores que el chico usaba con frecuencia: videoconsola, Internet, televisión, mp3... (Se repetía una y otra vez el hecho de que el hijo conseguía lo que quería convenciendo al padre de que iba a estudiar o chantajeándolo verbalmente: “No puedo estudiar si antes no he tenido un rato de diversión, vengo del colegio y estoy cansado, necesito distraerme y luego estudiar”). Viendo que la eliminación de estos incentivos era insuficiente

para motivar a F.L.G. a conseguirlos a cambio de estudiar, al padre se le ocurrió pagar a su hijo a cambio de estudiar; un euro por hora estudiada. Durante una semana este premio funcionó perfectamente, se conseguía de forma inmediata y ambos estaban satisfechos. Posteriormente la eficacia del estudio se redujo, el padre exigía un estudio más intenso y/o comprometido, sino no pagaría. El no conseguir el premio bajo las condiciones del padre (estudiando con la misma motivación que la primera semana) hizo al chico desistir del estudio y éste rompió el pacto.

En medio de todo esto, se sucedían conductas agresivas muy intensas cuando se aplicaban los castigos; pérdida de Internet, imposibilidad de salir el fin de semana o durante la semana, no comprar ropa, no dar dinero semanal... El manejo de estas conductas agresivas por parte de la madre era escaso reduciéndose a simples amenazas a gritos. Por parte del padre, se invertía tiempo en explicar al chico el daño que hacía con su comportamiento, le detallaba la importancia de las normas familiares y sociales, le comparaba un comportamiento agresivo con otro más adecuado, etc. Todas estas charlas acabaron siendo “sermones” para F.L.G.

Por otro lado los padres sentían la necesidad de deshacerse de él temporalmente para aliviar tensiones en casa. En ocasiones temían a que la hija pequeña presenciase conflictos de gran intensidad. La solución a estos pasaba por mandar a F.L.G. a campamentos, a la playa con la familia de algún amigo o similar. Los campamentos con el grupo Scouts acabaron siendo un castigo para el chico pero en absoluto lo era ir a la playa. Otra fórmula para deshacerse de él era mandarlo a un colegio interno, ante esto el chico amenazaba diciendo que haría lo posible para que lo echasen del colegio.

Primera entrevista con F.L.G.: (17.3.2010)

Mi objetivo fue que él me aceptase. Encubrimos mi visita con la alarmante “falta de concentración” en los estudios y, puesto que me presenté como psicóloga, le ofrecí mi ayuda para “cualquier otro problema que pudiese tener en su vida”.

En las primeras tres sesiones pude ganarme la confianza de F.L.G. y pronto comenzó a hablarme de sus grupos de iguales, algunas travesuras y pequeños robos; su problemática para entenderse con sus padres; su incapacidad para controlar su ira cuando algo no salía como él esperaba.

*

Como ya se ha comentado, se realizaron entrevistas a los padres de F.L.G. y al propio sujeto. En realidad no se pasó por una fase evaluativa que tuviese un final tras las entrevistas iniciales, se llevó a cabo una evaluación continua del caso en función de los datos que los padres fueron aportando mediante contacto telefónico además de las sesiones con F.L.G. Sobre las llamadas telefónicas decir que se pactó con los padres realizar una llamada tras cada una de las sesiones con el chico, así se

comentaba el trabajo realizado al tiempo que ellos daban feedback sobre cómo veían a su hijo durante la semana e informaban de posibles conductas agresivas en casa. En definitiva, se llevó a cabo durante la evaluación el método de entrevista semiestructurada utilizándose los criterios de clasificación (DSM-IV) para llegar al diagnóstico de Trastorno Disocial.

La correlación entre los datos que aportaba la madre frente a los aportaba el padre era clara ya que generalmente presenciaban ambos el repertorio conductual de su hijo. Bien es cierto que la madre describía con menos detalle los incidentes y, a veces, los justificaba. F.L.G. era mucho más cruel con ella que con él, en una ocasión llegó a agredirla de tal manera que ella cayó al suelo. Con el padre había menor número de enfrentamientos “cuerpo a cuerpo” aunque cuando los había F.L.G. llegaba a lanzar objetos peligrosos. Esta violencia obligó a los padres a planificar cada momento que el chico pasaba en casa de manera que la madre nunca estuviera sola. Un detalle importante es que el chico no era en absoluto corpulento, característica que sí podríamos atribuir al padre. En cuanto a la madre, su altura era similar a la de F.L.G., ella nunca se enfrentó a su hijo.

Por otra parte, no se llegó a entrevistar al tutor ya que los padres aseguraban el comportamiento de su hijo en clase pasaba prácticamente desapercibido. En las diferentes tutorías se les informaba de su pasividad en las clases pero nunca F.L.G. se mostró agresivo con compañeros o profesores. En realidad, la violencia del paciente era un “secreto familiar”: F.L.G. amenazaba a sus padres cuando éstos le sugerían que durante la terapia él me contase sus problemas con ellos. Él manifestaba que no tenía nada que contarme porque el problema era de ellos y que tampoco ellos me contasen nada. Durante los enfrentamientos algunos vecinos llamaron a la puerta de la casa, cuando estos sucedía el chico cambiaba radicalmente su comportamiento y pedía encarecidamente a sus padres que no dijeran nada.

A pesar de la negativa expresa del paciente de no contar nada durante las sesiones, pude conseguir que éste reconociese que a veces se enfadaba muchísimo con sus padres y que se ponía muy nervioso. También me reconoció que usaba algunos objetos para golpear superficies cuando estaba muy nervioso.

A nivel social el comportamiento del paciente variaba en función de si estaba acompañado o no de su grupo de iguales. Si lo estaba, el grupo actuaba como reforzador de su conducta ya que quienes le rodeaban mantenían un comportamiento, al menos, desafiante con el entorno. Si por el contrario se relacionaba con personas adultas, su comportamiento pasaba desapercibido o incluso era colaborador. Por ejemplo, durante las sesiones nunca quiso intimidarme (a pesar de no estar en un entorno desconocido), ni me amenazó. Siempre me escuchaba, respondía a mis preguntas e incluso se

mostraba interesado en verme. En realidad mis visitas se convirtieron en una excusa para no estudiar, luego fueron un obstáculo para poder salir con sus amigos.

*

Se pudo comprobar que existen entrevistas estructuradas como las que se mencionan a continuación pero se desistió utilizarlas ya que aún están pendientes de estudios comparativos. Las entrevistas son las siguientes:

- NIMH. Diagnostic Interview Schedule for Children. Version IV.
- The Child and Adolescent Psychiatric Assessment.
- The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children and Adolescents.
- Diagnostic Interview for Children and Adolescents.

Así mismo existen instrumentos de evaluación y dibujo que se nombran a continuación pero igualmente se desecharon por no contar con estudios de validez y fiabilidad.

- Pictorial Instrument for Children and Adolescents-III-R.
- Dominic-R.

Entrevistas con F.L.G. y los padres

El paciente faltaba el respeto gritando a los padres, especialmente a la madre. Lo más significativo en estas entrevistas de evaluación fue la comprobación de que los padres sentían miedo a la hora de dirigirse a él. El chico dictaba los turnos de palabra y cuando conseguían hablar, él respondía con una amenaza que se basaba en conseguir algo acerca de lo que estaban los padres demandando.

DIAGNÓSTICO

Los criterios diagnósticos según el DSM-IV son los siguientes:

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres o más de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas o animales	Sí / No
(1) a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.	Sí
(2) a menudo inicia peleas físicas.	Sí
(3) ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas	Sí
(4) ha manifestado crueldad física con personas	Sí

(5) ha manifestado crueldad física con los animales	Sí
(6) ha robado enfrentándose a la víctima (ataque con violencia, arrebatarse bolsos, extorsión, robo a mano armada)	No
(7) ha forzado a alguien a una actividad sexual	No

Destrucción de la propiedad	Sí / No
(8) ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daño graves	No
(9) ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)	Sí

Fraudulencia o robo	Sí / No
(10) ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de una persona	Sí
(11) a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (tima a otros)	Sí
(12) ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (robos en tiendas, pero sin allanamientos, falsificaciones, etc.)	Sí

Violaciones graves de normas	Sí / No
(13) a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad	No
(14) se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustituto (o sólo una vez sin regresar durante un largo periodo de tiempo)	No
(15) suele hacer novillos en la escuela iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.	No

B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. **Sí**

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple los criterios de Trastorno antisocial de la personalidad.

TRATAMIENTO

El tratamiento comienza el 25 de marzo de 2010 aunque, como ya se ha apuntado, la evaluación continuó en el tiempo dada la complejidad del caso.

Intervención con los padres

Por una parte se llevó a cabo la corrección del sistema de incentivos. También se exploró en qué aspectos de la educación estaban fallando.

Sistema de incentivos:

Se aportaron una serie de reglas para aplicar los incentivos:

- Explorar qué podía suponer para su hijo un incentivo y conocer la gama de incentivos con que contaban.
- Nunca premiar antes de que se hubiese conseguido el objetivo fijado.
- Eliminar todos aquellos distractores (Ej. Mp3, videoconsola, Internet...) durante la semana, de manera que el fin de semana pudieran asociarse con tiempo de descanso.
- Nunca deshacer “los pactos”, mantenerlos hasta el final. Ante la ruptura del pacto por parte del paciente, aplicar un castigo eliminando alguno de los incentivos.
- No premiar conductas básicas: estudio diario, llegada a casa a la hora acordada, no agresión a padres...
- No aplicar incentivos desproporcionados. (En algún momento uno de los padres accedió a comprar una moto al hijo si éste aprobaba el curso).
- Uso de incentivos verbales.

Aspectos de la educación a tener en cuenta:

Según describían, difícilmente habían sido capaces de mantener sus roles de padres ante F.L.G. Él había entendido que podía persuadirles, chantajearlos, engañarlos, exigirles, insistirles para conseguir sus objetivos, etc., y que todo esto era parte de su relación con ellos. No le habían enseñado que ellos eran la figura de autoridad y cuando el padre lo pretendía con sus “sermones” el hijo no quería entenderlo y, realmente aunque lo hubiese querido, tendría que haber puesto mucho de su parte para conseguirlo. Al chico le hablaba de algo que entendía pero no sabía poner en práctica. La madre jugaba un papel que ponía en desventaja el proceso de educación de su propio hijo.

Entre las directrices generales que se dieron destacan las siguientes:

- Unanimidad a la hora de mantener las normas: mantener ambos padres las mismas normas; no cambiarlas en función de quien las aplique.

- Una vez expuestas las normas no atender pataletas o chantajes; mostrar actitud de indiferencia ante este tipo de comportamiento para lograr que se extinga.
- No imponer normas, sino pactarlas, pero siendo conscientes de que la figura de autoridad es de los padres. No dejarse llevar por los intereses del hijo.
- No “democratizar” la relación entre ellos; un adolescente no piensa como un adulto, por tanto, las negociaciones no pueden darse de igual a igual.

Confrontación con la madre:

Dado que la madre del paciente estaba haciendo un proceso de negación de la gravedad de la conducta disruptiva y agresiva que afectaba a la educación, intentos del padre por reconducir las conductas desadaptadas y el tratamiento psicológico, se confrontaron sus argumentos a pesar de la dificultad que ello implicaba.

En la confrontación se le expuso cómo su manera de manejar la conducta de F.L.G. estaba dando resultados negativos:

- No mantener las normas: hoy has de llegar a las 23:00h pero mañana te dejo hasta las 23:30h porque me has amenazado con no estudiar.
- Contradecir al padre: él lo castiga sin recibir propina pero ella le da dinero porque le decía que no podía ir sin dinero mientras sus amigos sí que llevaban dinero. A veces también acceder a chantajes del tipo: “Tendré que robar si tú no me das propina”.

Por otro lado se normalizó la idea de que el chico era mejor persona que otros porque en las reuniones de Scouts se mostraba voluntarioso por ayudar a la gente (en una visita a una residencia de ancianos acompañó a uno de ellos al baño) o porque ante la idea de cambiarlo de colegio se mostró triste porque iba a perder la amistad con sus compañeros. En realidad, estas muestras de altruismo y afecto no significaban exactamente ser mejor que otros; hablaban de que en él también había sentimientos positivos, algo normal en los humanos.

Cómo controlar la conducta agresiva:

El control de la conducta agresiva era vital ya que de forma continua la familia sentía miedo siendo su mayor temor que F.L.G. agrediese a la hija pequeña. Hasta ahora las agresiones con ella no habían llegado a ser físicas sino que la amedrentaba rompiéndole sus juguetes. Esta forma de agresión no sólo se dirigía a la hermana sino a los padres, violentaba el hogar en su totalidad. Como ya se ha dicho, la madre era agredida en numerosas ocasiones mediante empujones, puñetazos y patadas (al menos en una ocasión la tiraron al suelo). Al padre solía romperle la camisa tras cogerlo de la parte delantera de la prenda. El lanzamiento de objetos, incluso cuchillos, era algo habitual en los enfrentamientos con los padres.

Las indicaciones que se les dio ante la manifestación de conductas agresivas fueron:

- No escapar ante la anticipación de la conducta violenta.
- No escapar ante la aparición de la conducta violenta.
- Evitar en lo posible que comenzase a desplegar el comportamiento agresivo: no mostrando debilidad cuando empezase a subir el volumen de voz, mostrar asertividad en el discurso (defensa sin agresión), mantener la calma mediante respiración abdominal y no centrarse en una parte del discurso (el del hijo ni el suyo propio) sino tratar el tema en cuestión desde la generalidad.
- Si la conducta violenta llega a desplegarse defenderse físicamente sin llegar a agredirle, es decir, apartándolo tantas veces como sea necesario para eliminar la conducta agresiva. (Esto sólo lo podía hacer el padre, la madre no podía defenderse por sí misma). Una vez eliminada la conducta violenta intentar relajarse mediante respiración abdominal y dejar de tratar el tema en cuestión por el que se estaba “dialogando”. Tras unos minutos, comenzar a analizar la agresión: por qué lo has hecho, qué has hecho mal, por qué no has podido controlarte, qué tendrías que haber hecho (lo que “tenía que hacer” aparece en la intervención con el paciente), cómo vas a arreglarlo, aplicar un castigo asegurándose de que entiende que se debe a su conducta agresiva.
- Si la conducta violenta no desaparece a pesar de apartarlo, llamar a la policía. Esto puede servir de defensa frente a un incidente especialmente amenazante y como castigo inmediato por su conducta violenta. Tenía pavor a que el vecindario presenciase uno de sus altercados. La policía para él aún tenía un significado muy poderoso y estaba convencido de que si llamaban a la policía, ésta se lo llevaría y lo encerrarían. (En una ocasión, durante uno de sus enfrentamientos, se escucharon una sirenas y entendió que uno de los padres había llamado a la policía. F.L.G. suplicó a sus padres para que llamasen de nuevo y anulasen la visita).

Intervención con F.L.G.

Control de la impulsividad:

F.L.G. reconoció que no podía frenarse cuando “sus padres hacían mal las cosas”. Él sentía que tenía que “castigarlos” aunque reconocía que su manera de manifestar su disconformidad con ellos no era la más adecuada. Por una parte se llevó a cabo reestructuración cognitiva acerca de esa forma de entender cómo sus padre actuaban (lo veremos más adelante), por otra se entrenó al paciente para controlar su impulsividad.

Lo primero que se hizo fue mostrarle los efectos positivos de la respiración abdominal y cómo ésta funcionaba de forma muy efectiva ante los estados de enfado de cualquier persona. Él comprobó que podía relajarse bien. Luego, se le instruyó de la siguiente manera para controlar su impulsividad y su ira ante situaciones potencialmente conflictivas:

1. Identificar sus sensaciones físicas: Acaloramiento, palpitaciones, temblores, sudoración / sofoco, falta de aire, tensión mandibular...
2. Identificar pensamientos de ira: “me están molestando”, “de nuevo quieren estropear me la tarde”, “ya me está gritando”, “me están buscando la boca”...
3. Qué tengo que hacer: Voy a relajarme; respiración abdominal. Voy a escuchar lo que me digan y a continuación les diré lo que yo pienso.
4. ¿Lo estoy haciendo bien?
5. Tengo que seguir relajándome.
6. Para la próxima vez tengo que mejorar... (Esta última parte es la evaluación de cómo lo ha hecho y siempre la realizará tras esa situación potencialmente conflictiva).

El paciente reconoció que la técnica de control de la impulsividad le servía mucho. También sus padres lo vieron más contenido y dialogante.

Autoinstrucciones

Esta técnica también nos sirvió para controlar su impulsividad. La instrucción la eligió el propio sujeto para que se pudiera sentir totalmente identificado con ella. La frase era: “¡Para ya!”

Reestructuración Cognitiva

Ya que el paciente no contemplaba la posibilidad de que los demás pudieran estar equivocados acerca de lo que a él le afectase (Ej. La hora de llegada a casa, cuándo se tenía que comprar ropa, esperar en un semáforo, suspender “Educación para la Ciudadanía”, los momentos y el tiempo de estudio, dónde cenar...), analizamos diferentes alternativas a la hora de llevar a cabo una acción.

Pudo comprobar que, por ej., el profesor de la asignatura “Educación para la Ciudadanía” podía tener una forma de explicar la materia diferente a los demás profesores pero no por eso era más o menos tonto que los otros. Cada uno tenía su forma de hacerlo, cada una alternativa. ¿Cómo pensaba él que había que explicar y evaluar la materia? Su respuesta era otra alternativa si él fuese el profesor. Bien es cierto que hubo que ante búsqueda de alternativas había que insistir en que todas las formas de hacer las cosas se encuadraban en unas normas y en no hacer daño a los demás. Él siempre buscaba el camino más corto para salir beneficiado aunque para eso se tuviera que hacer daño a los demás. Fue lo que denominamos falta de valores en F.L.G.

Ante esta falta de valores y con la idea de reestructurar sus cogniciones, los padres del chico lo apuntaron al grupo Scouts. Pronto el paciente se aburría porque no se sentía identificado con ellos. Sobre la idea de “castigar a sus padres” siempre que él considera que se equivocaban, exploramos otra línea de pensamiento. En realidad se trataba, igualmente, de aportar otra posibilidad a la idea de “hacen mal las cosas, por lo que tengo que castigarlos”. “Es posible que se hayan confundido” o, “voy a preguntarles por qué lo están haciendo así”.

Solución de problemas

El entrenamiento en esta técnica se llevó a cabo el 29 de abril de 2010. Rellenamos la ficha del SP en torno al malestar que le producía que no le comprasen ropa. Las alternativas que propuso para disminuir su malestar fueron:

- Robarla.
- Robar dinero para conseguirla.
- Fotocopiar dinero.
- Estudiar.
- Pedir un préstamo a un amigo.
- Replantearse el pacto. (Se refería a un pacto hecho con los padres a través del cual si estudiaba durante la semana irían premiándolo con diferentes incentivos).

Las ventajas de todas las alternativas eran claras: tener la ropa o el dinero para conseguirla. El inconveniente de robar la ropa era que lo podían pillar; el inconveniente de robar dinero era que lo podían denunciar; el inconveniente de fotocopiar dinero era que le podían pegar una paliza (lo decía por experiencia); los inconvenientes de estudiar eran: es aburrido y pierdo tiempo; el inconveniente de pedir un préstamo era que tendría que devolverlo (algo en lo que ya estaba); no encontraba inconvenientes de replantear el pacto a sus padres. Sin embargo la última alternativa suponía estudiar y a estudiar le había encontrado más inconvenientes que a otra cualquier alternativa. Eligió no obstante la última. Fue necesario ir canalizando la mejor de las alternativas porque sin esa “ayuda” hubiese elegido cualquiera de las tres primeras opciones.

Esta técnica también se tuvo en cuenta para resolver cualquiera de los problemas que pudieran plantearse a nivel familiar, él mismo podía plantear la técnica a sus padres para que se llegase a una solución de los problemas consensuada.

Otras técnicas transversales:

- Entrenamiento en asertividad.
- Habilidades sociales: Empatía.
- Consecución de objetivos de forma gradual: aprobar primero las asignaturas más sencillas, luego las de dificultad intermedia, posteriormente las más difíciles.
- Uso de gráficos y/o mensajes escritos.

Intervención con F.L.G. y padres

Adquisición de compromisos

Era prácticamente imposible conseguir compromisos y cuando se conseguía pactar un compromiso adecuado basado en normas de casa, horas de llegada o “buen comportamiento” en casa

(evitación de la conducta agresiva), la colaboración del chico se reducía a días. Era mucho más efectivo tratar estos temas a solas: él estaba más receptivo a reconocer la utilidad de su buen comportamiento e incluso a mantenerlo.

Los compromisos sobre el estudio eran en balde ya que hacía lo posible por reducir el número de horas estudiadas en la propia negociación. Ello hablaba de la escasa motivación que tenía por el estudio y anticipaba el fracaso del pacto.

Confrontación

En alguna ocasión se confrontó con él acerca de su comportamiento pero la sesión acabó sin conseguir concluir con buen ambiente. De nuevo tratar temas de comportamiento era mucho más efectivo sin que los padres estuviesen presentes.

Intervenciones no llevadas a cabo

- Intervención Multimodal: Ofrece un nivel superior de éxito ya que interviene a nivel individual, familiar, relacional, escolar y comunitario.
- Intervenciones Comunitarias: Programas de intervención en la escuela, Programas de reducción de peleas en la escuela.

DISCUSIÓN DEL CASO RESPECTO A LAS TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL

Las teorías explicativas de la conducta antisocial se centran en el comportamiento delictivo, algo que no se corresponde con el paciente de nuestro caso. Sin embargo sí que podemos hacer referencia a ellas para anotar lo siguiente:

Teorías del aprendizaje

Eysenck (1977, 1983) afirmaba que mediante los sucesivos emparejamientos EI (castigos), EC (acto antisocial castigado), el niño va siendo condicionado a experimentar miedo ante los actos antisociales.

* Los castigos para F.L.G. eran inconsistentes porque fácilmente desaparecían o pasaban a ser de menor intensidad. Él no pudo hacer ese emparejamiento de estímulos, experimentar miedo ante los actos antisociales y por tanto eliminarlos de su repertorio conductual.

Bandura y Walters (1988) afirman que las tasas más altas de conductas agresivas se han encontrado en los ambientes en los que abundan los modelos agresivos.

* Los modelos de agresión no se encontraban en la familia del paciente, sin embargo él consiguió hacer una selección de modelos agresivos: no los encontró en el colegio, no los encontró en el grupo Scouts pero sí se relacionaba con un grupo de iguales que, no siendo de

su barrio, sí representaban agresividad (problemas con viandantes, amenazas a personal de seguridad, falsificación de dinero...). No obstante el sujeto más que aprender de forma vicaria, se sentía atraído por este tipo de ambientes.

Teorías sociológicas

La hipótesis zonal de Burgess (1925).

* No se corresponde en absoluto con la situación del paciente ya que, a pesar de vivir en un barrio obrero de la ciudad, en el ambiente no se observaban problemas de integración.

Teorías de la estructura social defectuosa

Merton (1980) que revisa y amplía la teoría de la anomia propuesta por Durkheim (1995) vuelve a hacer hincapié en la diferencia de clases sociales y cómo las más bajas tendrían más posibilidades de desarrollar conductas desviadas.

* Nuevamente, el ambiente en el que el paciente se movía no se correspondía con las clases más bajas. Otra cosa es la capacidad del chico para relacionarse con iguales que no eran de su entorno.

La teoría de la tensión o frustración sostiene que los estímulos nocivos pueden desencadenar frustración hasta llegar al punto de la delincuencia.

*El paciente identificaba como estímulo nocivo todo lo que hacían mal sus padres, de esta manera aparecía la tensión entre ellos y, acto seguido al intento de los padres proponer las normas, el paciente se frustraba y desplegaba la conducta agresiva. Bien es cierto que para que el paciente identificase como estímulo nocivo la conducta de sus padres y especialmente para que éste considerase que tenían que ser castigados, éstos hicieron un mal trabajo respecto a la aceptación de un castigo que podía pasar por insultos, destrozo de la casa o agresiones físicas.

Según Gottfredson y Hirschi (1990) el autocontrol es un rasgo individual que explica las variaciones en la probabilidad de ser atraído por los actos delictivos. La mejor manera de que la gente se resista a cometer delitos y a renunciar a las satisfacciones inmediatas es el autocontrol.

* Los padres de F.L.G. no eran muy hábiles a la hora de manejar el sistema de recompensas. Llegaron al punto de pagar la hora de estudio; este pago se hacía cada noche. Con este y otros gestos hicieron que su hijo quisiera encontrar siempre una recompensa y que ésta fuera inmediata. Estaban por tanto eliminando su capacidad de autocontrol.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach T, Edelbrock C. *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Vermont: Burlington; 1983.
- Comeche Moreno M., Vallejo Pareja M. *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson. 2005.
- DSM-IV. Breviario. Criterios diagnósticos. 5ª ed. Barcelona. Masson. 1999.
- Donovan J, Jessor R, Costa F. *Syndrome of problem behavior in adolescence: a replication*. Journal of consulting and clinical psychology 1988; 56: 762-765.
- Huizinga D, Menard S, Elliott D. *The longitudinal relationships among delinquency, alcohol use, marijuana use and polydrug use*. Justice quarterly 1989; 6: 419-455.
- Offord D et al. *Ontario child health study: II. Six month prevalence of disorder and rates of service utilization*. Archives of general psychiatry 1987; 44: 832-836.
- Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática, ISSN 0210-8348, Vol. 25, Nº 2, 004 , págs. 39-46 Encarnación Navas Collado, Juan Jesús Muñoz García.
- Kandel D, Simcha-Fagan O, Davies M. *Risk factors for delinquency and illicit drug use from adolescence to young adulthood*. Journal of drug issues 1986; 16: 67-90.
- Vermeiren R. *Psychopathology and delinquency in adolescents: a descriptive and developmental perspective*. Clinical psychology review 2003; 23: 277-318.
- López J, Serrano I, Delgado J. *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un modelo predictor de comorbilidad con trastornos del comportamiento*. Clínica y salud 2004; 15 (1): 9-31.
- Pelegrín C, Tirapu J. *Bases neurobiológicas de la agresividad*. Psiquiatría Noticias 2003; 5(3).
www.psiquiatria.com.
- <http://www.psico.uniovi.es/rema/v11n2/a1/p2.html>
- <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2199/1/6conf2050447.pdf>
- <http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/Cuad-75-Trabajo2.pdf>
- http://www.familianova-schola.com/files/Trastorno_conducta_disocial.pdf
- <http://www.mailxmail.com/curso-psiquiatria-trastorno-disocial/etiologia-trastorno-disocial-2-2>