

¿COMO É O SOFRIMENTO DE ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS DE TRANSTORNO COMPORTAMENTAL? ESTUDAR DA TEORIA FUNDAMENTADA

Susana Marqués-Andrés*
Cristina García-Vivar**
Lourdes Barrasa-Santamaría***
Esperanza Rayón-Valpuesta****

RESUMEN

Objetivo: determinar cómo es sufrimiento en los adolescentes con TC y comprender su significado para estos adolescentes. **Método:** Se llevó a cabo un estudio de Teoría Fundamental, con 15 adolescentes diagnosticados de TC atendidos en unidades de psiquiatría infanto-juvenil de Vizcaya (España). Se realizaron 25 entrevistas en profundidad que fueron analizadas siguiendo el método comparativo constante de Strauss y Corbin utilizando el programa NVivo versión 9 para el análisis cualitativo. **Resultado:** La categoría central "Pasarlo Mal" identifica la teoría sustantiva generada que expresa cómo es y cuál es el significado del sufrimiento para los adolescentes con TC. Este sufrimiento es anterior al TC y se desdobra en cinco categorías principales: Infancia ausente; Relaciones parentales complejas; Señales del sufrimiento; Concienciación del sufrimiento y; Suavizar el sufrimiento. **Considerações finales:** Por tanto, se recomienda el abordaje temprano del TC mediante la identificación de sufrimiento en los niños y niñas antes de llegar a ser adolescentes, a través de intervenciones en la familia, en la escuela, y en la atención de salud.

Palabras clave: Sofrimiento .Adolescentes. Teoria Fundamental nos Dados. Pesquisa Qualitativa.

INTRODUÇÃO

Comprender la experiencia de sufrimiento y saber cómo aliviarlo siguen siendo grandes retos en el ámbito de la salud⁽¹⁾. En el caso particular de los adolescentes con trastorno de conducta (TC) este conocimiento es aún más necesario si consideramos las vivencias propias de la adolescencia y la entrada de este grupo poblacional en el contexto sanitario.

El TC es un problema psicosocial creciente en la etapa de la adolescencia, con una prevalencia que aumenta en los últimos años según diferentes autores^(2, 3). El TC está configurado por conductas caracterizadas por actitudes y actuaciones impulsivas y que pueden ser de tipo agresivo, como fraudes o robos. La definición del TC hace alusión a un patrón de comportamiento persistente y repetitivo, con violación de derechos básicos de los demás, o de importantes normas sociales adecuadas a la edad del adolescente⁽²⁾. Su detección es compleja porque esas conductas se consideran a menudo normales al tratarse de conductas adaptadas a entornos complicados.

Se han estudiado múltiples factores de riesgo en relación con el TC: desde características personales, a familiares, escolares y sociales^(4, 5). Entre ellos, se considera el sustrato biológico como el factor común,

condicionante y necesario, que justifica los síntomas como un trastorno, sin considerar la expresión individual y particular⁽⁶⁾. Incluso hay quien considera las crisis económicas como factor favorecedor del incremento de los problemas conductuales en niños y adolescentes⁽⁷⁾. Todos estos factores forman parte de las propuestas de los expertos. Sin embargo, entre ellos, no hemos encontrado estudios sobre el sufrimiento como aspecto condicionante del TC en adolescentes. El sufrimiento se da por supuesto, existiendo sólo un conocimiento básico e insuficiente de este fenómeno, sin considerar su influjo sobre la conducta humana⁽⁸⁾. Además, las intervenciones con jóvenes con TC muestran resultados poco positivos^(9,10) con algunas excepciones de programas de crianza de los hijos⁽¹¹⁾ y políticas de parentalidad positiva⁽¹²⁾.

Por otro lado, se han realizado numerosos estudios relacionados con las causas del sufrimiento (pérdida de salud, estigma, alejamiento de la normalidad, dependencia, etc), sus consecuencias e implicaciones ético-morales del sufrimiento. Sin embargo, pocos estudios han investigado sobre las percepciones de sufrimiento de los que sufren. A este respecto, no hemos encontrado ningún estudio que explore las experiencias de sufrimiento en adolescentes con trastorno de conducta. Por ello, y

*PhD. OSI Bilbao-Basurto. Hospital Universitario de Basurto - Osakidetza. Bilbao (Bizkaia). España. <https://orcid.org/0000-0003-1764-2635>

**PhD. Universidad de Navarra, Facultad de Enfermería. Pamplona. España. <http://orcid.org/0000-0002-6022-559X>

***Hospital Universitario de Basurto - Osakidetza. Bilbao (Bizkaia). España. <https://orcid.org/0000-0002-5427-5507>

****PhD. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España. <https://orcid.org/0000-0003-0335-2362>

considerando la complejidad de las vidas multifacéticas de estos adolescentes, nos planteamos los siguientes interrogantes: ¿cómo es el sufrimiento de los adolescentes con TC? ¿Cómo entienden y viven éstos el sufrimiento y cómo se sitúan al respecto? ¿Qué significados dan al sufrimiento?

Para intentar responder a estas cuestiones, el objetivo de este estudio fue determinar cómo es el sufrimiento de los adolescentes con TC y comprender el significado del sufrimiento para estos adolescentes.

El presente estudio se enmarca en la teoría de la praxis del sufrimiento de Janice Morse⁽¹⁾ que relaciona el sufrimiento emocional de la persona con sus respuestas emocionales y con comportamientos que evidencian signos de sufrimiento.

METODO

Se llevó a cabo un estudio cualitativo de Teoría Fundamentada. La pertinencia de la investigación cualitativa para este estudio viene justificada por el carácter abstracto y complejo del sufrimiento y la dificultad para identificarlo, al no existir una definición única, ni parámetros biológicos que lo demuestren. Asimismo, viene justificado por el enfoque subjetivo de la investigación, al buscar comprender la perspectiva de los adolescentes con TC y el significado que ellos atribuyen al sufrimiento. También por la escasez de información sobre el fenómeno de estudio.

Esta investigación se realizó en distintas unidades de psiquiatría y psicología infanto-juvenil de Vizcaya, País Vasco (España), a las que acudían adolescentes con TC y se les ofrecía participar en el estudio, eligiéndose a los que voluntariamente quisieron participar. En concreto los datos se recogieron en dos consultas ambulatorias de dos servicios de psiquiatría infanto-juvenil y en un centro privado de psicología entre 2011 y 2013

Para la configuración de la muestra, los criterios de inclusión fueron: los adolescentes participantes debían 1) tener entre 13 y 18 años, y estar diagnosticados de TC ó 2) tener más años (rango de 19 a 22 años) y haber estado tratados en alguna unidad de psiquiatría infanto-juvenil en aquellas edades; y 3) capacidad para mantener una conversación, entenderla y explicarla. Los criterios de exclusión fueron: estar hospitalizado en ese momento, por encontrarse en una situación emocionalmente crítica y la dificultad cognitiva que impidiera mantener una conversación.

Se realizó inicialmente un muestreo intencional para seleccionar a los participantes según criterios estructurales (demográficos y clínicos). Fue seguido por un muestreo teórico con el fin de ir configurando la muestra a medida que avanzaba el análisis de los datos obtenidos del discurso de los informantes, hasta llegar a la saturación teórica⁽¹⁴⁾. Ésta se obtuvo tras realizar 25 entrevistas en profundidad a 15 adolescentes.

Como técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista en profundidad, su posterior transcripción literal e inmediato análisis, antes de pasar a la siguiente entrevista. Por tratarse de adolescentes con una situación difícil y, en ocasiones, con dificultades para expresar sus emociones y perspectivas, se requirió un clima de especial confianza, permitiendo la expresión emocional e íntima, lo que facilitó la creación de este ambiente favorable a la comunicación.

Las entrevistas se realizaron en lugares donde los adolescentes estuvieran tranquilos. La duración de las entrevistas osciló entre 60 y 90 minutos, repitiéndose el encuentro cuando había más contenido a explorar. Cada entrevista se iniciaba con una pregunta abierta, dando valor al punto de vista del adolescente, buscando la existencia de sufrimiento, para obtener después el sentido y significado que atribuían los jóvenes entrevistados. Algunas de estas preguntas abiertas eran: *Te voy a preguntar sobre tu vida, algo en lo que eres experto. O ¿puedes hablarme sobre tu vida: tus padres, el colegio, los amigos...?* Las preguntas intentaban no orientar la respuesta y buscaban contrastar la información obtenida en las previas, o profundizar sobre las posibles variaciones y sus características. Además, se redactaron memos a lo largo de la recogida y análisis de los datos.

El análisis de datos basado en el método comparativo de Strauss y Corbin⁽¹³⁾ incluyó, en primer lugar, una codificación abierta encaminada a la descripción de los datos; esta técnica de análisis continuó hacia la codificación axial para relacionar unos datos con otros, llegando a concluir con una codificación selectiva que permitió refinar las categorías, la construcción progresiva de las categorías principales e identificación de la categoría central. Se utilizó el programa N-Vivo 9 para facilitar la organización y análisis de los datos cualitativos.

El rigor y la calidad de la investigación se garantizó siguiendo los cuatro criterios de Lincoln y Guba⁽¹⁴⁾: credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad, logrados con la cercanía y

sensibilidad continuada con los informantes, la interacción personal, el respeto a los criterios éticos y el manejo de los datos, permitiendo su comparación y contraste, y la reflexividad de los investigadores.

Con respecto a las consideraciones éticas, esta investigación fue aprobada por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Basurto, y se respetaron rigurosamente las normas éticas internacionales en investigación sobre la autonomía, intimidad y confidencialidad de los participantes. Se solicitó consentimiento informado a los padres y asentimiento informado a los propios adolescentes. Los resultados obtenidos se muestran omitiendo cualquier nombre o dato que permita la

identificación de los informantes. Por ello nos referiremos a los participantes con nombres de flores.

RESULTADOS

El muestreo final quedó configurado por 15 participantes, entre los 13 y 22 años procedentes de contextos diferentes, pero con la característica común de tener un TC (Ver Tabla 1). Ocho eran mujeres, dos de ellas con trastorno de conducta alimentaria (TCA), seleccionadas para asegurar el método comparativo constante. Dos vivían en una pequeña zona rural. Diez convivían en familia. Ocho estuvieron hospitalizados.

ID	EDAD	SEXO	ESTUDIOS	INGRESO	T° DE DX A EP	CONVIV	ZONA	H
1	14	H	4º ESO	NO	50	HF	URB	0
2	17	H	1º BACH	SI (1)	2	F	RUR GDE	0
3	13	H	1º ESO	NO	18	F	URB	2
4	22	M	CIP	SI (5)	50	F	RUR GDE	2
5	17	H	CIP	SI (1)	2	F	URB	1
6	17	M	CIP	SI (2)	14	HF	URB	1
7	13	M	2º ESO	NO	9	HF	RUR GDE	0
8	15	M	3º ESO	NO	24	F(HF)	URB	6
9	16	M	CIP	NO	24	HF	URB	1
10	16	H	CIP	SI (1)	2	F	RUR PQÑ	1
11	18	M	2º BACH	SI (2)	9	HF	URB	0
12	15	M	3º ESO	NO	12	F	URB	1
13	18	H	CIP	NO	30	F	URB	3
14	16	M	1º BACH	SI(1)	10	F	RUR PQÑ	1
15	17	M	2º BACH	SI(1)	15	F	URB	1

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes con TC

INGRESO = El número entre paréntesis es la cantidad de veces que lo han hecho; T° DE DX A EP = Tiempo en meses desde el diagnóstico a la entrevista; Convivencia: HF = Hogar Funcional, F = Familia; Zona de residencia: URB = Urbana, RUR GDE = Pueblo de más de 41.000 habitantes; RUR PQÑ = Pueblo con menos de 41.000 vecinos; H = Número de hermanos

“Pasarlo mal”: Categoría Central

“Pasarlo mal”, que es un código *in vivo* extraído de las narrativas de los participantes del estudio, presenta la teoría sustantiva emergente de los datos. Esta categoría central recoge un modo de hablar característico de la zona geográfica donde se recogieron los datos y hace referencia al significado del sufrimiento para los adolescentes con TC, así como a su experiencia cronológica vivida.

“Pasarlo mal” se explica por medio de cinco categorías principales y sus correspondientes subcategorías que representan diferentes situaciones en unos adolescentes con un diagnóstico clínico de TC. Las cinco categorías emergidas del análisis de los datos fueron: (1) Infancia ausente; (2) Relaciones parentales complejas; (3) Señales del sufrimiento; (4)

Concienciación del sufrimiento; (5) Suavizar el sufrimiento. Estas categorías muestran el proceso de configuración del sufrimiento, desde su inicio, pasando por el momento más conflictivo del TC y llegando a un periodo de estabilización.

1. Infancia Ausente

La infancia suele ser una época destinada al juego como medio de aprendizaje, búsqueda de contacto y de protección con las figuras de apego, generalmente los padres. Sin embargo, para estos adolescentes con TC, la infancia se caracteriza por estar ausente. A una edad temprana, con 7 u 8 años, los niños hacen ya muchas cosas de adultos, como decidir casi todo lo referente a su vida, porque el contacto parental lo refieren como insuficiente o inexistente. A los 10 o

12 años notan que algo cambia, sintiéndose atrapados e intranquilos.

Esta situación suele ocurrir por la renuncia parental o la falta de tiempo de los padres para estar con sus hijos y dedicarles la atención que requieren, bien porque los padres no han querido, no han podido o no han sabido hacerlo de otra manera.

Aita [papá en lengua euskera] ¿te vienes a jugar a las cartas? Y cinco minutos después (me dice), ¡anda! dile a otro que juegue contigo. ... yo algún día ya te diré[refiriéndose a su padre] ¡anda! ¡vete con tus amigos! que no te quiero ni ver? (Margarita, 13 años).

Se han acostumbrados desde niños a estar solos con sus juguetes y así han aprendido a relacionarse y decidir sin límites claros ni referencias concretas, añorando a los adultos y sus orientaciones; la escuela tampoco ha encauzado esta soledad ni ha sido un complemento a la ausencia de los padres. Por ello, se sienten vulnerables y e impotentes por la pérdida del control de su entorno más inmediato, y van aprendiendo a defenderse con sus únicas fuerzas: la rebeldía.

Yo antes, cuando me sentía mal, mal mal, ellos pensaban que era una cosa de la adolescencia, o lo que sea, ..., y ellos no veían la gravedad..., o sea, de cómo me sentía yo. Ellos pensaban que era una cosa pasajera, y yo no me sentía comprendida.” (Dalia, 15 años).

Tras esta primera etapa, los adolescentes con TC pasan de la soledad a la autoafirmación, una forma de sufrir que les obliga, prematuramente, a valerse por sí mismos, a ser independientes. Es por eso por lo que necesitan autoafirmarse con expresiones que les ayudan a encontrar su identidad “*Mi nombre se escribe con dos eles*” (Valeria, 17 años) o por medio de otro tipo de comportamiento agresivos como las peleas. Se empiezan a convencer de que, hagan lo que hagan no van a conseguir la atención, guía y supervisión de sus padres, desarrollando con ellos vínculos complejos.

2. Relaciones Parentales Complejas

Esta categoría principal refleja las dificultades en las relaciones y vínculos afectivos entre los adolescentes y sus padres, lo que les lleva a buscar “padres suplentes” que sustituyan o refuercen su atención y el cuidado de los niños. Pueden ser tíos o abuelos. La vida con ellos supone un cambio en las funciones correspondientes y resultan afectivamente insuficientes. Por ello, en muchos casos, en la

adolescencia, se da una desvinculación progresiva de los adolescentes de su entorno familiar, con rabia y miedo e intentando disolver el sufrimiento padecido en una actitud de defensa de su integridad y autoestima, buscando compañía fuera de casa en los amigos, y con ellos romper la soledad y constituir la familia que añoran:

“Te digo la verdad no las echaba de menos [se refiere a su madre y a sus hermanas], porque estaba a mi puta bola. Si hoy en día haría una cosa de esas, pues sí que las echaría de menos, está claro, pero en esos momentos pasas. Eres un crío, un puto crío que solo piensas en ti mismo... La persona que tienes al lado te da por el culo. Buscas cosas nuevas y el propio bienestar, o eso pensaba yo jeje.” (Mimosa, 22 años).

Muestran capacidad para analizar y reconocer su pasado, hablan de su propia inmadurez, de expectativas falsas por desconocimiento, de curiosidad y ganas de experimentar, tal y como queda reflejado en la siguiente cita:

“Era un gallito..., era un flipao... Me creía que me comía el mundo. Estaba todo el rato mintiéndome a mí mismo.” (Laurel, 18 años).

Sin embargo, hacia el final de la adolescencia y la entrada en la edad adulta reflexionan y ordenan la ruptura previa, recogen los aprendizajes obtenidos y reconocen la importancia de los límites impuestos por sus padres para el aprendizaje y la vida. Como consecuencia, buscan mejorar la relación familiar y aprender a encontrar el apoyo que buscaban.

3. Señales del Sufrimiento

Los adolescentes muestran señales de sufrimiento que se convierten en los indicadores del inicio de un problema. Sus emociones se caracterizan por miedo, inseguridad, impotencia, rabia, resentimiento, agresividad y enfrentamientos. Son comportamientos con los que manifiestan su frustración e impotencia por no saber hacerlo de otra forma y no tener alguien que les oriente en este sentido. Aunque afirman que no les gustan las peleas, se ven “obligados a entrar en ellas” (Diego, 13 años). En su vulnerabilidad y con esas emociones sin encauzar, justifican los distintos comportamientos problemáticos:

Jó, pues ha sido una vida, ... con miedos y comerte mucho la cabeza por las cosas que pasan, o qué te puede pasar. Hombre, esos miedos te provocan ansiedad, pánico, muchas cosas. Muchas cosas encadenadas. Muchas, muchas, muchas. (Mimosa, 22 años).

Estas primeiras dificultades determinan la existencia de problemas en todos los ámbitos de su vida, incluido las dificultades en la escuela. La desmotivación por los estudios y el aburrimiento en clase se marca con expulsiones, tal y como se refleja en la siguiente cita: “*Ahora no voy a clase porque me han echado*” (Cosmo, 17 años). Por ello, están sobrepasados y lo manifiestan en la búsqueda de recompensas con lo que están acostumbrados a hacer: estar solos, fuera de la supervisión, a través de refugiarse en sus gustos y aficiones. Es decir, se refugian en aquello que les resulta más atractivo y menos aburrido, y buscan amigos con quien compartirlos. La calle se convierte en su mejor escuela; en ella han pasado mucho tiempo, no se aburren y allí son alguien. Aprenden a discutir y pactar, a controlarse, a respetar los territorios y al líder. Aprenden a respetar las normas y a implantarlas y de esta forma van tomando conciencia de su realidad y sufrimiento:

Todo el rato estaba manejando mis cartas. Todo el rato al filo del riesgo, pero al final caes por el barranco. (Cosmo, 17 años)

4. Concienciación del Sufrimiento

Esta categoría manifiesta la situación de sufrimiento, estableciendo conexión entre la inteligencia racional y la emocional. Estos adolescentes se ven obligados a afrontar dificultades, analizarlas y descubrir lo que provocan en ellos mismos: displacer, peligros y contratiempos. Inicialmente necesitan esconderse, como rechazo de su realidad, justificándose e incluso tomando decisiones en su contra:

A partir de ahí empecé a drogarme. (Mimosa, 22 años).

La rebeldía y *las locuras* son la liberación de su “*Pasar mal*”. Este es el momento de no pensar en sus comportamientos ni en lo que estos provocan en los demás y en sí mismos porque cuando piensan tienen tanto sufrimiento, lo pasan tan mal, que la rabia aflora en sus comportamientos.

El periodo de TC es el momento en que los adolescentes expresan con señales externas su sufrimiento, aunque así no lo nombran. Cuanto peor lo pasan, mayores son las conductas antisociales que necesitan cometer. El entorno familiar desestructurado no promueve el acompañamiento necesario para favorecer un desarrollo emocional normalizado:

“Vale, ella me ha dado la vida me ha traído al mundo; vale, eso lo admito; pero luego ya que me deja en el mundo, luego donde mis abuelos sin verla ni nada.” (Adolfo, 14 años)

Podría decirse que el TC es una evolución inadecuada, aunque necesaria, en su proceso de sufrimiento interior. Por eso los adolescentes dicen que no quieren cambiar. El TC se puede ver como expresión del miedo a afrontar toda su realidad, identificado como secuencia lógica; no consideran que hacen algo mal, sino una defensa propia, que desborda sus capacidades personales. Progresivamente, en la medida en que se van sintiendo acompañados, reconocidos y valorados, van asumiendo *el respeto*, primero hacia sí mismos para poderlo asumir después hacia los demás. Con este respeto, empiezan a ver los aspectos críticos y las deficiencias de su vida anterior, empiezan a darse cuenta, y a concienciarse del sufrimiento.

Esta concienciación del sufrimiento les ayuda a buscar estrategias para afrontarlo, tales como la expresión del sufrimiento o la evitación:

Pues cada uno, no sé, busca la forma en que se sienten mejor, y hay gente que no la puede encontrar, pues se sienten rabiosos. Igual no saben cómo hacer. O sea, cómo sentirse mejor y, igual sufren por algún motivo y no saben qué hacer para dejar de sufrir y lo expresan de formas equivocadas (Petunia, 18 años)

Cuando son conscientes de las alternativas reales de su vida, lo reconocen y se plantean afrontar el sufrimiento. Para ellos es “*dejar de hacerme daño*” (Diego, 13 años), consiguiendo encontrar sentido y significado a sus vidas.

5. Suavizar el sufrimiento

Esta categoría ilustra las alternativas de los adolescentes con TC para llegar a suavizar el sufrimiento: lo hacen pensando en el presente y mostrando sus ganas de vivir:

Yo solo pienso en el presente (Diego, 13 años).

Valoran el futuro, analizan sus dificultades y carencias, eligiendo lo que quieren hacer, cómo quieren ser, cómo temen terminar y en qué no se quieren convertir. A partir de ahí encuentran su sentido y el aprendizaje logrado les impulsa a tener todas las ganas de vivir y con ellas poner en marcha distintas formas de suavizar su sufrimiento:

Me he dado cuenta de que cuando lo he pasado mal y no se lo he contado a nadie, todo el mundo ha estado

mal y que, cuando se han enterado pues me han intentado ayudar como han podido. (Camelia, 16 años)

Esta lucha resulta útil para encontrar sentido a su experiencia. Entienden la renuncia de sus padres durante la infancia, como un impulso útil para buscar amigos, relacionarse con ellos, evitando la soledad, aprender con ellos y apoyarse en ellos llegando a una complicidad que le permitirá completar su lucha ante las dificultades y poder ayudar a los demás:

A ver, tu madre te ha dejado, vale. Pero igual me ha ayudado. Me ha ayudado en dos partes para hacer amigos y estar con la gente. (Adolfo, 14 años)

Estos adolescentes han ido introduciendo cambios, modificando su comportamiento y criticando el previo. Ya existe una clara y radical diferencia con la rebeldía o las conductas antisociales anteriores, reactivas al sufrimiento. En definitiva, es un planteamiento optimista basado en sus capacidades para conseguir el fortalecimiento personal, *“quererte un poco”* (Valeria, 17 años), cambiando de ambiente, dejando las compañías peligrosas, valorándose y reconociendo abiertamente sus emociones. *“El cambio es ... responsabilidad, exacto.”* (Amapola, 16 años).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que las vivencias de sobreprotección, desatención y añoranza que vivencian estos adolescentes se solapan con su sufrimiento, para dar paso al TC, entendido como una forma de expresar el malestar de la vulnerabilidad y de *“Pasarlo mal”*. Se constata pues que el sufrimiento es el antecedente que orienta hacia la conducta antisocial que manifiestan estos adolescentes. Schenetti⁽¹⁵⁾, en su investigación sobre el sufrimiento cotidiano de los niños, observa algo similar a lo que han demostrado los adolescentes de esta investigación. Lo expresan en forma de rebeldía, peleas y escapes de su realidad, en una defensa ante sus debilidades internas, hasta que llegan a darse cuenta de cuál es su situación y su condición.

El significado del sufrimiento para estos adolescentes, expresado en *“Pasarlo mal”*, surge a partir de la experiencia de soledad y añoranza, en los primeros años de su vida, principalmente relacionado con sus padres. Esto les convierte en auténticos supervivientes, impulsándoles a crecer *buscándose la vida* ellos solos. El análisis de las relaciones parentales, por tanto, se desvela como un foco fundamental en el abordaje de este problema, como

lo ponen de manifiesto otras investigaciones^(16, 17). Se ha evidenciado que a medida que soportan durante más tiempo la falta de acompañamiento y supervisión de sus padres, o el aislamiento en el colegio, aprenden poco a poco a utilizar la defensa más primitiva: la agresividad en forma de peleas o enfrentamientos. Estas conductas antisociales son en realidad señales de un sufrimiento que deben ser investigadas con mayor profundidad dada la controversia que existe entre los planteamientos profesionales⁽¹⁸⁾.

Por otro lado, las narrativas de los adolescentes muestran que son capaces de juzgar la inadecuación de su conducta, la complejidad de las relaciones parentales y de la realidad social en la que están inmersos: aspectos destacados también en otros estudios^(4, 5, 18). Algunos discursos de los informantes han reflejado cómo la proximidad afectiva de algún adulto referente, y la comunicación orientadora y empática les ha servido de apoyo, y con ello han podido normalizar su vida. Asimismo, los datos de este estudio muestran que los adolescentes son conscientes de su sufrimiento y lo han entendido como un proceso útil en el transcurso de su maduración. El intento de suavizar el sufrimiento, para ellos, es el comienzo de la recuperación; por tanto, la conciencia del sufrimiento (*“Pasarlo mal”*) constituye el punto de inflexión para el cambio, para la salida del TC. De aquí la importancia de escucharlos y tomar en consideración sus relatos, un requisito esencial para una adecuada interacción familiar, tal y como manifiestan también otros autores⁽¹⁹⁾.

Las áreas de actuación más prioritarias, según los datos de este estudio, apuntan hacia intervenciones centradas en la familia. Esta recomendación coincide con la de una reciente revisión sistemática cuyo objetivo fue identificar los factores protectores y de riesgo de niños y adolescentes con TC y trastorno de déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH)⁽²⁰⁾. La revisión concluyó que las variables emocionales y cognitivas son las más frecuentes en los factores individuales y la calidad de la relación entre padres e hijo en los factores familiares. Por lo tanto, es necesario orientar el diseño de programas de intervención con un enfoque familiar, que contribuyan a aliviar la sintomatología en estos niños y adolescentes⁽²⁰⁾ y a prevenir el posible TC. Estos adolescentes necesitan apoyo y ayuda externa profesional para curar su herida interna⁽²¹⁾, para evitar *estar “EN sufrimiento”* tal y como apuntan Helleman, Goossens, Kaasenbrood y Achterberg⁽²²⁾.

A pesar de que la recogida de datos se realizó hace ahora un tiempo, este periodo no invalida los resultados obtenidos ni su relación con la evidencia científica disponible hasta el momento.

CONCLUSIONES

La presente investigación aporta un conocimiento novedoso sobre el significado que atribuyen los adolescentes con TC al sufrimiento vivido: *"Pasarlo mal"* expresa todas las emociones que mueven su conducta y se convierte, cuando toman conciencia de ello, en un punto de inflexión para decidir cambiar.

Este dato, puede servir de orientación a los profesionales de la salud para concienciarles sobre la necesidad de un abordaje integrado y humanizado, que promueva un ambiente de acogida, confianza y diálogo con el adolescente. Conocer que el sufrimiento es anterior al TC y que se manifiesta con determinadas señales, puede favorecer su prevención con la puesta en marcha de las intervenciones correspondientes. Por tanto, se recomienda el abordaje temprano del TC mediante la identificación del sufrimiento en los niños y niñas, a ser posible,

antes de llegar a ser adolescentes.

La sensibilización sobre los signos de sufrimiento en estos adolescentes y la formación de los profesionales de la salud, son pilares básicos para garantizar prácticas de salud centradas en la persona y en su experiencia de vida.

Por otra parte, el papel de la familia, y en concreto de los padres, en la génesis del sufrimiento de los niños y adolescentes, se convierte en poderoso foco de atención tanto para los profesionales de la salud como para los educadores. A la luz de los hallazgos de esta investigación, queda profundizar, en futuros estudios, sobre el concepto de sufrimiento en adolescentes con TC desde una perspectiva familiar.

AGRADECIMIENTOS

C

A la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, por premiar en 2012 parte de esta investigación en el "32 Certamen de Enfermería San Juan de Dios". A todos los adolescentes que han participado en el estudio, por poner "sus vidas" a nuestra disposición, desvelando su sufrimiento sin disimulo y con la mayor naturalidad.

HOW IS THE SUFFERING OF ADOLESCENTS DIAGNOSED WITH BEHAVIORAL DISORDERS? A GROUNDED THEORY STUDY

ABSTRACT

Objective: to determine how suffering is in adolescents with CD and to understand its meaning for these adolescents. **Method:** A grounded theory study was developed with 15 adolescents diagnosed with CD attended at children and juvenile psychiatry units in Vizcaya (Spain). 25 in-depth interviews that were analyzed following the constant comparative method of Strauss and Corbin were performed through the software NVivo version 9 for qualitative analysis. **Results:** The central category "Feeling Sick" identifies the substantive theory generated that expresses how and what is the meaning of suffering for adolescents with CD. This suffering precedes CD and unfolds into five main categories: Absence of childhood; Complex parental relationships; Signs of suffering; Awareness of suffering and; Softening the suffering. **Final Considerations:** The early approach to CD is recommended for the identification of suffering in children before they become adolescents through interventions in the family, school and health care.

Keywords: Suffering. Adolescents. Grounded Theory. Qualitative Research.

COMO É O SOFRIMENTO DE ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO COMPORTAMENTAL? ESTUDO DA TEORIA FUNDAMENTADA

RESUMO

Objetivo: determinar como é o sofrimento nos adolescentes com transtorno de conduta e compreender seu significado para estes adolescentes. **Métodos:** Realizado estudo de Teoria Fundamentada nos Dados com 15 adolescentes com diagnóstico de TC atendidos em unidades psiquiátrica infantil e juvenil de Vizcaya (Espanha). Foram realizadas 25 entrevistas em profundidade, as quais foram submetidas à análise qualitativa seguindo o método comparativo constante de Strauss e Corbin, usando o programa NVivo versão 9. **Resultados:** A categoria central "Pass It Wrong" identifica a teoria substantiva gerada que expressa como é e qual é o significado do sofrimento para os adolescentes com TC. Esse sofrimento é anterior ao TC e está dividido em cinco categorias principais: ausência de infância; Relações parentais complexas; Sinais de sofrimento; Consciência do sofrimento e; Suavizar o sofrimento. **Considerações Finais:** É recomendável a abordagem precoce do TC mediante a identificação do sofrimento nas crianças antes que estes cheguem na adolescência, por meio de intervenções na família, na escola e na atenção à saúde.

Palavras-chave: Sofrimento. Adolescentes. Teoria Fundamentada nos Dados. Pesquisa Qualitativa.

REFERENCIAS

1. Morse J. Toward a praxis theory of suffering. *Adv Nurs Science*. 2001; 24 (1): 47-59. doi: doi.org/10.1097/00012272-200109000-00007.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría: 2013. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>.
3. Ortuño-Sierra J, Fonseca-Pedrero E, Páino M, Aritio-Solana R. Prevalence of emotional and behavioral symptomatology in Spanish adolescents. *RevPsiquiatr Salud Ment*. 2014; 7(3):121-130. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2014.06.002>.
4. Cortés A, Alonso R, Rodríguez B. Algunas consideraciones sobre los adolescentes difíciles. *RevCienc Salud*. 2017; 1(2): 82-93. Disponible en: <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/767>.
5. Argaez SG, Echeverría R, Evia NM, Carrillo CD. Prevención de factores de riesgo en adolescentes: Intervención para padres y madres. *PsicolEscEduc* 2018; 22(2): 259-269. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-35392018014279>.
6. Garrido P. La patologización de la conducta: discursos asistenciales acerca del trastorno disocial. *Arxiud'Etnografia de Catalunya*. 2017; 17: 111-134. Disponible en: <https://revistes.urv.cat/index.php/aec/article/download/1924/1848>.
7. Matalí J. Adolescentes amb trastorns del comportament. *Compodem detectar-los? Què cal fer?* Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu: 2016.
8. Bandura A. Teoría del aprendizaje social. 3ª Edición. Madrid:Espasa Calpe SA:1987.
9. Sobral J, Romero E, Luengo A, Marzoa J. Personalidad y conducta antisocial: amplificadores individuales de los efectos contextuales. *Psicothema*. 2000; 12(4): 661-70. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/387.pdf>.
10. Frick PJ, Ray J, Thornton LC, Khan RE. Can Callous-Unemotional traits enhance the understanding, diagnosis and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychol Bull*. 2014; 140 (1): 1-57. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0033076>.
11. García JJ, Arana CM, Retrepo JC. Estilos parentales en el proceso de crianza de niños con trastornos disruptivos. *Investigación y desarrollo*. 2018; 26(1). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/investigacion/article/viewArticle/9379>.
12. Palacio J. Trabajando con familias, investigando sobre familias. *ApunPsicol*. 2016; 34 (2-3): 83-89. Disponible en: <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/599>.
13. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. 1ª Ed. en español. Medellín: Univ. Antioquia: 2002.
14. Polit DF& Beck CT. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*, 8thEdn. Philadelphia: Wolters Kluwer& Wilkins Health: 2014.
15. Schenetti M. Comprender el dolor infantil. 1ª Edición. Barcelona: Grao: 2011.
16. Hidalgo MV, Jiménez L., González MM, Jiménez JM, Moreno MC, Oliva A et als. Programa Apego. Una experiencia de promoción de parentalidad positiva desde el contexto sanitario. *ApunPsicol*. 2016; 34 (2-3), 101-106. Disponible en: <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/597>.
17. Vargas J, Lemos V, Richaud MC. Programa de fortalecimiento parental en contextos de vulnerabilidad social: Una propuesta desde el ámbito escolar. *Interdisciplinaria*. 2017; 31(1), 157-172. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1668-70272017000100010.
18. Kimonis ER, Centifanti LC, Allen JL, Frick PJ. Reciprocal influences between negative life events and callous-unemotional traits. *J. Abnorm Child Psychol*. 2014; 42 (8): 1287-98. doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9882-9>.
19. Black G, Murray J, & Thornicroft G. Understanding the phenomenology of borderline personality disorder from the patient's perspective. *J MentHealth*. 2014; 23(2): 78-82. doi: <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.869570>.
20. Villanueva C, Ríos AM. Factores protectores y de riesgo del trastorno de conducta y del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Una revisión sistemática. *Rev. Psicopatol. Psicol. Clín*. 2018; 23: 59-74. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.1.2018.19582>.
21. Priebe Á, WiklundGustin L, & Fredriksson L. A sanctuary of safety: A study of how patients with dual diagnosis experience caring conversations. *Int J Ment Health*. 2017; 27(2): 856-65. doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12374>.
22. Helleman M, Goossens, PJJ, Kaasenbrood A, Achterberg T. Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention: A phenomenological study. *IntJ MentHealthNurs*. 2014; 23(5), 442-450. doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12074>.

Autora de correspondencia: Cristina García-Vivar. Universidad de Navarra, Facultad de Enfermería. Pamplona. España. E-mail: cgarvivar@unav.es, Tfno.: 34-948425600m

Data de recebimento: 22/11/2017/2018

Data de aprovação: 02/01/2019