



¿QUÉ ES UN ADOLESCENTE PARA LA PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL ACTUAL?

Ramiro Pérez Martín

Médico Psiquiatra Infanto-Juvenil. Magister en Psicopatología y Salud Mental, Especialista en Pediatría, Miembro del Capítulo de Psiquiatría Infanto-Juvenil APSA, Perito Psiquiatra Infanto-Juvenil del Fuero de Responsabilidad Penal Juvenil de la Corte Suprema de Justicia de la Provincia de Buenos Aires.

Resumen:

La definición de los objetos de estudio resulta un elemento fundamental para la investigación científica. La adolescencia, al igual que otras etapas del desarrollo humano infanto juvenil, resulta un concepto esquivo a definiciones sencillas; máxime cuando éstas han estado teñidas, históricamente, de un sesgo metodológico introducido por el adultocentrismo.

El enfoque epistémico híbrido de la psiquiatría infanto-juvenil actual abarca un estudio que integra lo neurobiológico, psicológico, social e histórico pero también un marco legal de derechos desarrollado principalmente durante todo el siglo XX. Una psiquiatría infanto-juvenil que sabe de su importancia sanitaria y que de la mano de la prevención primaria en salud mental, la puericultura y la pediatría, rebalsa en el resto de la medicina, la sociedad y el Estado; una psiquiatría infanto-juvenil que puede hacer de puente entre los derechos y los datos, a los fines de construir políticas públicas.

Desde una perspectiva del desarrollo típico y la psicopatología del siglo XXI, este artículo conceptual y de revisión pretende actualizar la conceptualización de la adolescencia de la psiquiatría infanto-juvenil contemporánea y elaborar un marco de referencia sobre los cuales basar el debate científico respecto al límite etario de punibilidad en la legislación argentina.

Palabras clave: adolescencia - delincuencia - punibilidad - psiquiatría infanto-juvenil

“Aunque no existe una relación directa entre el funcionamiento cerebral y el comportamiento, conocer el cerebro adolescente es esencial para comprender su experiencia subjetiva.”

(Luyten, Malcorps & Fonagy, 2021)



El rodeado. Foto de Valeria Mendizabal. 2025

Introducción

Desde el surgimiento del interés científico por el niño (s. XVIII), aún se mantiene vigente la importancia de repetir una antigua máxima: “El niño no es un adulto pequeño”. Esta frase remite al histórico problema metodológico en el estudio del niño y del adolescente: el adultocentrismo.

Dicha frase implica la presencia de una concepción mecanicista y positivista del ser humano en desarrollo, propia del s. XIX, que, desconociendo, en aquella época, la pediatría y la psicología del desarrollo como disciplinas humanas intenta deconstruir la representación social del niño más difundida desde entonces. El niño, en tanto objeto de estudio desconocido, incomprendido y sin voz social propia -sin poder social propio- es, por lo tanto, pasible de ser relegado, marginado, rechazado o incluso maltratado en diversas formas. La aludida máxima supone una concepción social del niño que podría decir algo así: “desde el nacimiento el ser humano es como será de adulto, piensa, siente y se comporta como tal, sólo que siendo niño su tamaño/importancia es menor”. Con el adolescente -incluso con *la locura*- no pasa algo tan diferente.

El adultocentrismo implica la construcción de un complejo sesgo que supone algunos movimientos

teóricos: dejar de lado la idea de mente y de su opacidad -la mentalización [1]- para analizar las conductas humanas; reducir el estudio de la conducta humana infanto-juvenil a analizar solamente aquello observable, que se ve macroscópicamente (ej. el tamaño); disociar del estudio del niño y el adolescente aquello escuchable, el factor mente -en tanto aquello que no se ve-, así como el factor ambiente y la actual epigenética, el factor diacronía (tiempo) y el factor coacción-interacción (complejidad-construcción en desarrollo). Todas ellas bases actuales fundamentales del paradigma que estudia el desarrollo de un ser humano. En definitiva, aplicada a la adolescencia, la antigua frase que alerta del adultocentrismo podría afirmar: "El adolescente no es un niño grande ni un adulto mediano". Sin embargo, desde la perspectiva contemporánea de la psicología del desarrollo, quizá pueda estudiarse y definirse mucho mejor al adulto que lo que se definía al niño desde el adultocentrismo.

La psicología y psicopatología del desarrollo surgen fundamentalmente de una serie de cambios socio-históricos en la concepción social de la niñez y la adolescencia que fueron modificando la metodología científica (ver Tabla 1). Si durante el siglo XX la psicología evolutiva estudió al bebé, al niño y al adolescente principalmente de manera retrospectiva, intrapsíquica, excluyendo el contexto, desde un principio patomórfico y/o mítico y un modelo binario genético vs. ambiente natura vs. nurtura), actualmente, en el siglo XXI, en la psicología del desarrollo prevalece un estudio prospectivo, relacional o intersubjetiva, incluyendo el contexto, desde un principio naturalístico del desarrollo (no patomórfico) y un modelo de complejidad-coacción ecológico que rompe el binarismo genética vs. ambiente (natura vs. nurtura) (Luyten et al., 2020; Bleichmar, 2005).

Tabla 1. Algunos sucesos socio-históricos influyentes en la concepción de la niñez y la adolescencia en la Argentina y el mundo.

S. XVIII-XIX: Surgimiento del interés científico por el niño y la Pediatría

- concepción del Niño como pequeño adulto (ej. no existen leyes relacionadas con NyA).
- surgimiento de la medicina alienista (luego, psiquiatría) y de la psicología. 1er caso infantil: niño "salvaje" de los bosques de L'Aveyron (tratado por J. Itard en París).

S. XX: Efectos post 1ra GM (1914-1918)

- niño objeto de cuidados por parte de adultos (Declaración de Ginebra, 1924) incluyendo corrección de los "descarrilados" (en Argentina: Ley de Patronato, 1919)
- Primeros estudios sobre Psicología Infantil y Psicología Evolutiva (A. Gesell, J. Piaget, S. Freud, S. Ferenczi, etc)
- 1937: Primer Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil (París)

Efectos post 2da GM (1939-1945)

- Surgimiento de la hebiatría (1968, EEUU; 1977, Argentina - referente histórico, Dr. Gustavo Girard).
- Expansión de estudios sobre Psicología Infantil y Juvenil (diversas orientaciones y autores).
- 1968: Fundación del Hospital Nacional Especializado en Salud Mental Infanto-Juvenil

“Dra. Carolina Tobar García” (a la fecha, dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

-Décadas 1970-80's: primeras residencias hospitalarias y carrera de especialista universitaria (UBA) en Psiquiatría Infanto-Juvenil en Argentina. Reconocimiento oficial de la especialidad (80-90's).

-1989: Convención Internacional de Derechos del Niño (ONU; efecto tardío post 2da GM): Niño como sujeto de derechos.

Fines s. XX y ppio s. XXI: Cambio de paradigma (epigenética, psicología del desarrollo, teorías socioecológicas)

-biología: surgimiento de la epigenética (supera viejo paradigma binario: genética vs ambiente/natura vs nurtura)

-psicología: surge la psicología y psicopatología del desarrollo (estudia relación bebé-niño-adolescente con cuidadores/entorno -intersubjetividad-, desde lo esperable/saludable y en forma prospectiva). -sociología: surgimiento del modelo evolutivo socio-ecológico.

Metodología

Los objetivos de esta revisión fueron actualizar la conceptualización sobre la adolescencia desde una concepción biopsicosocial de la psiquiatría infanto-juvenil en el siglo XXI y elaborar un marco conceptual de referencia sobre los cuales basar el debate científico respecto al límite etario de punibilidad en la legislación argentina.

A los fines de cumplir dichos objetivos se realizó una investigación cualitativa, de tipo revisión bibliográfica, asistemática y actualizada (únicamente con bibliografía del siglo XXI), en función de la disponibilidad en la biblioteca personal del autor o en Internet.

Resultados

Un modelo para la psiquis

Tanto en la medicina como en la psicología clínica y la psicopatología, durante el s. XX, debido a ser excesivamente reduccionistas, se han ido descartando progresivamente los modelos mono causales de la psiquis en favor de modelos multicausales. Entre los multicausales, los autores ubican tres modelos. El *modelo de Efecto Principal*, que concibe la influencia causal desde distintas direcciones (biológicas, psicológicas, cognitivas, sociales, etc.), pero podría ser concebida en forma independiente por cada una de las direcciones. El *modelo Interactivo*, que concibe la acción conjunta de dos o más factores independientes, pudiendo actuar estos en forma de secuencia, adición o sustitutivamente y a su vez, por la interacción de lo biológico (ej. pubertad), psicológico (ej. abandono de imágenes parentales), sociológico (ej. valor social de la juventud en la época) y cognitivas (ej. nuevas capacidades intelectuales). Por último, ubican el *modelo Transaccional*, que concibe no sólo el efecto de la interacción de más de dos factores (biológicos, psicológicos-

cognitivos y socio-históricos) sino que, además, considera que estos entran en interdependencia con el estado momentáneo del sujeto en cuestión. Existe un consenso de que este último modelo es “el que mejor refleja la dinámica de lo vivo” (Marcelli & Braconnier, 2005). Estos mismos autores señalan que:

“Desde este punto de vista, la respuesta del sujeto es considerada más que una simple reacción a su entorno, se lo considera implicado activamente en las tentativas de organización y estructuración de su mundo. [...]”

Este modelo permite comprender que lo que ocurre al final de la adolescencia -e incluso durante la misma- no puede concebirse más que en función de lo que había ocurrido al principio de este proceso.”, y podría agregarse que incluso en función de lo construido durante la infancia.



Fotografía del Programa Huerta en la Facultad de Agronomía UBA, 2025.
Dependiente de Salud Mental. Lic. Alejandra Babitt

Neurobiología del desarrollo adolescente: estructura y función

1. Aspectos estructurales

Los procesos neurobiológicos estructurales fundamentales para el desarrollo cerebral incluyen principalmente la neurogénesis y apoptosis neuronal, la migración neuronal, la sinaptogénesis y poda sináptica, y la mielinización (Stahl, 2011). Debido a que el foco de este artículo está puesto en la adolescencia, nos centraremos en los últimos tres procesos de este período del desarrollo (Corrigan et al., 2021; Klein et al., 2014; Konrad et al., 2013).

La sinaptogénesis tiene su período de máxima actividad desde el embarazo hasta los 4-8 años de vida, variando la tasa de sinaptogénesis de manera dependiente de la experiencia del feto-bebé-

niño con el contexto. Luego de ello, se inicia un descenso paulatino en dicha tasa hasta la tercera década de la vida, cuando alcanza niveles adultos.

Paralelamente, a partir de los 3 años de edad, inicia lentamente la poda sináptica, siendo ésta también en función de la experiencia con el entorno; y lo que es fundamental, sobreviviendo las sinapsis -y circuitos- más utilizados. La tasa de poda alcanza su pico en la pubertad, al inicio de la adolescencia (11-13 años), y persistiendo hasta los 20-25 años aproximadamente. De esta manera y en líneas generales, a partir de la pubertad, prevalece la tasa de poda sináptica por sobre la de sinaptogénesis, tendiendo a disminuir la sustancia gris (ver Figura 1).

Sin embargo, al mismo tiempo que la poda “recorta” las sinapsis menos utilizadas, la mielinización refuerza las sinapsis que sobreviven. La mielinización, que comienza paulatinamente en la edad fetal, aumenta en gran medida durante la primera infancia y continúa hasta la tercera década de la vida, tendiendo a aumentar la sustancia blanca (ver Figura 1).

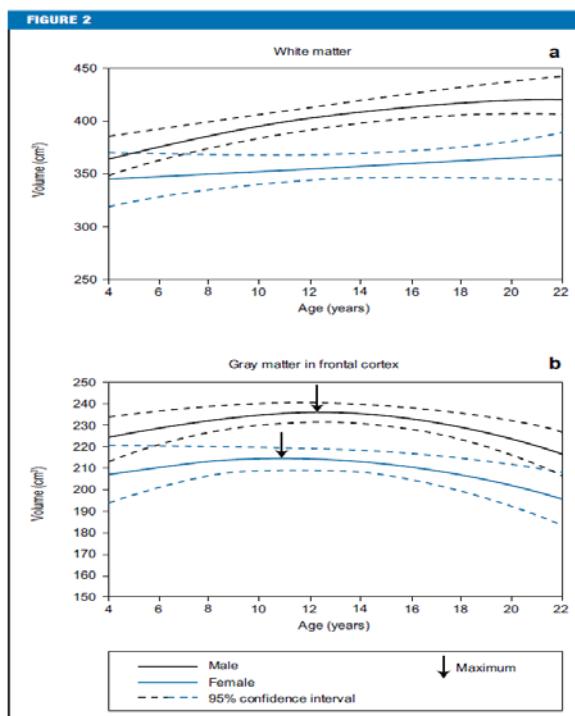


Figura 1. Evolución del volumen de materia gris y blanca, según edad y sexo biológico (las flechas marcan el máximo volumen de materia gris alcanzada). *Tomado de Konrad et al., 2013.*

Por otro lado, tanto la sinaptogénesis, como la poda sináptica y la mielinización siguen los Principios de Organización Cerebral Jerárquica. Estos principios están relacionados con la evolución de mamíferos superiores a seres humanos, la cual produjo un cambio en el patrón de desarrollo cortical, de uno de tipo sincrónico, en el que desarrollan todas las cortezas a la vez, a uno heterocrónico, en el cual el desarrollo cortical sigue un patrón de inferior a superior a la vez que de

caudal a rostral. Es decir, los seres humanos seguimos este patrón heterocrónico que define los llamados Principios de Organización Cerebral Jerárquica.

En lo que refiere al mencionado patrón heterocrónico, la progresión de desarrollo cortical de inferior a superior implica un desequilibrio entre la maduración subcortical (de los sistemas límbico y de recompensa, que maduran antes) y la cortical (maduración tardía). A su vez, la progresión de caudal a rostral provoca que la maduración cortical ocurra primero en las cortezas sensoriomotoras primarias y, por último, en áreas de asociación superiores (corteza prefrontal dorsolateral, circunvolución parietal inferior y circunvolución temporal superior).

Durante todo el desarrollo, al menos hasta principios de la tercera década de la vida, se va produciendo una paulatina, pero completa reorganización cerebral (estructural-funcional) que sigue los Principios de Organización Cerebral Jerárquica. Esto hace que todo el desarrollo, a través de mecanismos epigenéticos, sea particularmente susceptible a las influencias ambientales, tanto de orden biológico (clima, alimentación, polución ambiental, etc.) como psico sociohistóricas (modo de crianza, tiempo y lugar de residencia, necesidades básicas, derechos, cultura, acceso y modo de uso de tecnología, etc), ya sea que resulten positivas o no (saludables o no). Al mismo tiempo, en la adolescencia surgen otros factores biológicos endógenos (ej. hormonales) que se suman a la complejidad de factores interviniéntes.

Desde la perspectiva de la neurobiología, puede decirse que el objetivo del desarrollo en la adolescencia es integrar los circuitos cerebrales que subsistan y aumentar la eficacia de su funcionamiento, tanto en conexiones cortico-subcorticales como, especialmente, en conexiones cortico-corticales; ello a través de la preeminencia de los procesos de poda neuronal y mielinización.

Tanto la sustancia gris como la sustancia blanca sufren cambios de gran importancia, algunos globales y otros localizados. En particular, la sustancia gris, muestra: disminución del volumen de sustancia gris, disminución del espesor de la corteza cerebral, marcada disminución del plegamiento cortical o girificación y mantenimiento o disminución de la superficie cortical (ver la Figura 2 a los fines de ubicar la localización cerebral específica, o bien la tendencia a la globalización, de los mencionados procesos; Figura 2). Por su parte, la sustancia blanca, o más específicamente, la mielinización (ya que la sustancia gris también se mieliniza) muestra: aumento significativo en la densidad de mielina (\uparrow MD; por su sigla en inglés para *Myelin Density*), particularmente, en la sustancia gris a partir de la pubertad (ver Figura 3). En la sustancia gris, las cortezas parietales son las que adquieren mayor mielinización (ver * en imagen izquierda de Figura 4), apenas por delante de las cortezas occitales, frontales y temporales. En cambio, en la sustancia blanca, tiende a mantenerse o aumentar levemente el porcentual de densidad de mielina del tejido, aunque con un aumento algo mayor en los lóbulos temporales (ver * en imagen derecha de Figura 4). En ambas sustancias, el lóbulo y corteza insular parecen no modificar su grado de mielinización (ver Figura 4).

Figura 2. Imágenes promedio de 85 personas sanas de 12-23a que muestran descenso en GMV y CT (patrones similares), así como un marcado descenso generalizado en el índice de girificación (plegamiento cortical) y un mantenimiento o pequeño descenso de la SA en zonas específicas (\downarrow GMV, por su sigla en inglés para *Gray Matter Volume*; \downarrow CT, por su sigla en inglés para *Cortex Thickness*; $\downarrow\downarrow$ IGI, por su sigla en inglés para *Local Gyration Index*; $\downarrow\leftrightarrow$ SA, por su sigla en inglés para *Surface Area*). *Tomado de Klein et al., 2014.*

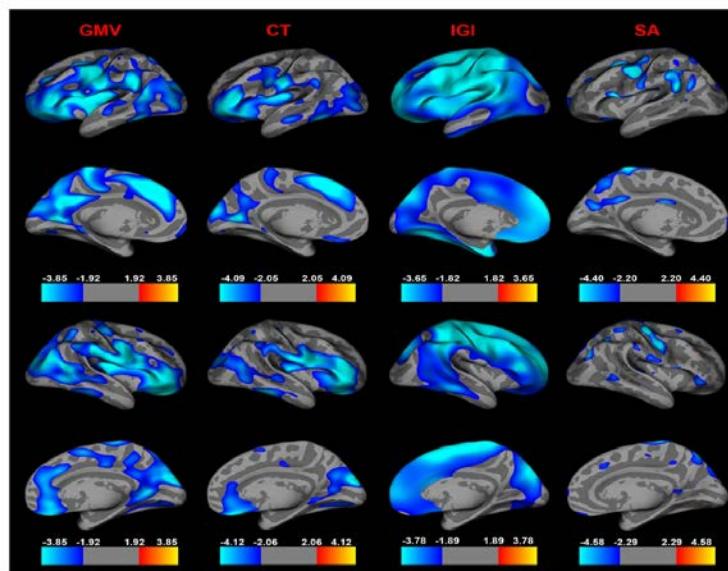


Figura 3. Comparativa, según edad, del porcentual de variación de la densidad de mielina entre sustancia gris y sustancia blanca, en relación a la densidad media. Nótese la pendiente de ambas rectas, así como la edad puberal en que la densidad en sustancia gris supera a la sustancia blanca. Gráfico surgido de un promedio de 146 personas sanas de 9-17 años. *Tomado de Corrigan et al., 2021.*

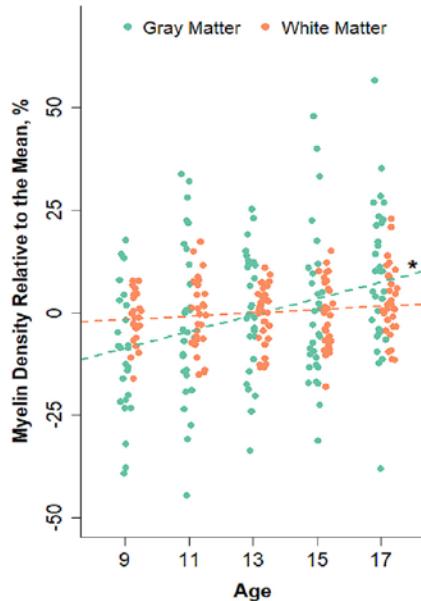
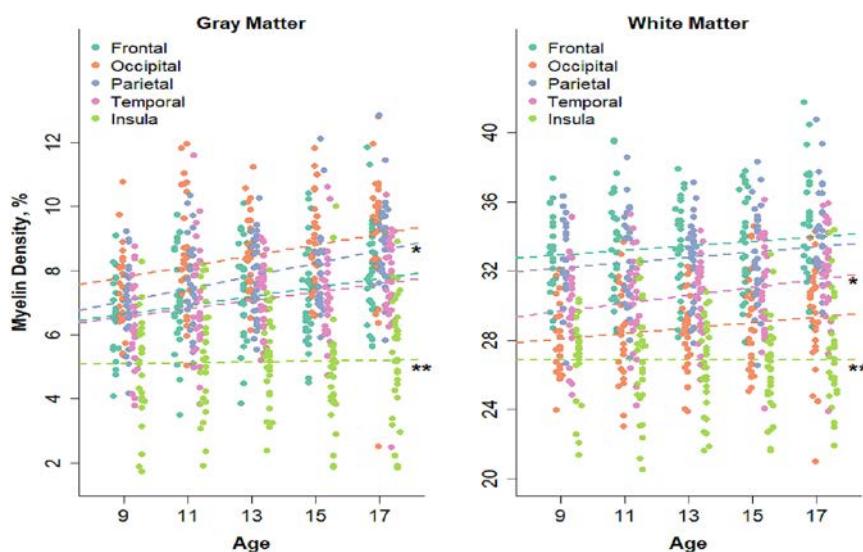


Figura 4. Comparativa de cambios, según edad, en el porcentaje de la densidad de mielina entre sustancia gris y sustancia blanca, discriminado por lóbulo o corteza cerebral. El asterisco único denota el área de mayor cambio (*); el asterisco doble (**) denota el área de menor cambio. Nótese la diferencia de porcentuales que presenta cada tipo de sustancia (eje Y del gráfico). Gráfico surgido de un promedio de 146 personas sanas de 9-17 años de edad. *Tomado de Corrigan et al., 2021.*



2. Aspectos funcionales

Desde una perspectiva evolutiva y socioecológicas del desarrollo, recientemente Fonagy, Luyten y otros, propusieron a la teoría de la mentalización como un nuevo enfoque psicopatológico [1]. En

este enfoque se plantea que tanto la psicopatología del desarrollo como las investigaciones neurocientíficas sustentan la hipótesis de que el apego, la regulación del estrés y la mentalización, sean conceptos asociados. En base a este nuevo enfoque, estos autores operacionalizaron tres sistemas bioconductuales básicos para facilitar la investigación, basados en la teoría de la mentalización: el Sistema de Estrés, el Sistema de Recompensa y el Sistema de Mentalización o Cognición Social, definido este último como una capacidad específica humana y esencial en el complejo mundo interpersonal humano que permite vernos a nosotros mismos desde afuera y ver a los demás desde adentro. Durante la adolescencia, estos sistemas experimentan una reorganización significativa, tanto en el plano estructural como funcional (ver Tabla 2) (Luyten et al., 2020).

Tabla 2. Operacionalización del enfoque de psicopatología basado en la teoría de la mentalización: tres sistemas bioconductuales. *Tabla realizada por el autor a partir de Luyten et al., 2021:*

| Sistema Bioconductual | Función | Correlato cerebral funcional | Cambios en la Adolescencia |
|--|---|--|--|
| Sistema de Estrés | Relacionado con la amenaza o el evento adverso. | Eje HPA + sist nervioso simpático + amígdala, hipocampo, Cx cingulada anterior, orbitofrontal y prefrontal medial. | Rápidos. |
| Sistema de Recompensa | Relacionado con experiencias gratificantes (relaciones interpersonales, experiencias de agencia y autonomía). | Circuitos mesolímbicos (ATV a cuerpo estriado, amígdala e hipocampo) + mesocorticales (ATV a Cx prefrontal ventral y cingulada anterior dorsal). | Rápidos. |
| Sistema de Mentalización o Cognición Social | Relacionado con la capacidad de comprender la conducta de sí mismo y de los demás (estados mentales <i>intencionales</i>). | Cx prefrontal lateral y medial, temporal medial, parietal lateral y medial y cingulada anterior rostral. | Paulatinos. <u>Los otros dos sistemas le plantean importantes desafíos en la adolescencia.</u> |

El desarrollo de la mentalización puede ser un especial desafío, especialmente en poblaciones con antecedentes de adversidad temprana (trauma o violencia en la infancia), en especial, con



adversidades múltiples, en ocasiones, también llamadas recientemente “polivictimas” (Radtke et al., 2024). Estos hallazgos pueden ofrecer una explicación directa del aumento que especialmente se observa de autolesiones, conductas de riesgo, abuso de sustancias y violencia en general, sea que se vincula o no al delito (Luyten et al., 2020).

Psicología del desarrollo adolescente: perspectiva teórico-cronológica y práctico-lógica

1. Perspectiva teórico-cronológica

Desde esta perspectiva, en su definición sanitaria y según distintos autores, aún persisten límites algo difusos para delimitar cuando inicia y cuando termina la adolescencia. Esta definición ubica su inicio entre los 10 y los 13 años y su finalización entre los 19 y los 24 años inclusive (Sawyer et al., 2018; Lingiardi & McWilliams, 2017; OMS, 2015). Sin embargo, la definición legal argentina e internacional, establece límites netos para la adolescencia habiéndose acordado que se inicia al cumplir los 13 años y que termina antes de cumplir los 18 años (17 años, 11 meses y 29 días) (Art. 25, Código Civil y Comercial de la Nación Argentina y Art. 1º, Convención Internacional sobre los Derechos del Niño) (Congreso de la Nación, Ley 26.994/2014; Congreso de la Nación, Ley 23.849/1990). La divergencia entre ambas definiciones es sustancial y sugiere la necesidad de apertura a un debate más profundo, en especial en esta perspectiva, que tiene impacto directo en políticas públicas de distinto tipo.

No obstante, desde la mirada de la salud mental, dentro del período adolescente se diferencian al menos tres etapas: la adolescencia temprana (13-14 años), la adolescencia media (15-16 años) y la adolescencia tardía (17-18 años). Y entre las capacidades a desarrollar de la personalidad durante la adolescencia se encuentran capacidades afectivas y cognitivas, capacidades identitarias y relacionales, capacidades de afrontamiento y capacidades de autoconciencia y autodirección. Entre los principales factores del contexto a considerar en el desarrollo psicológico adolescente se encuentran las relaciones familiares, la relación con pares, los factores socioeconómicos (necesidades básicas, nivel de educación, perspectivas laborales, etc.), los factores culturales (derechos-obligaciones, libertades-violencias, concepción de niñez y adolescencia y estilos de crianza, etc.) (Lingiardi & McWilliams, 2017). En función de las edades actuales y propuestas como límite para la imputabilidad en la legislación vigente a la fecha, la Tabla 3 presenta una síntesis comparada de las características psicológicas de la adolescencia temprana y adolescencia media (ver Tabla 3).

Tabla 3. Comparación de características psicológicas de la adolescencia temprana (13-14 años) y la adolescencia media (15-16 años). *Tabla realizada por el autor a partir de Lingiardi & Mc Williams (eds), 2017.*

| Aspecto | Adolescencia Temprana (13-14a) | Adolescencia Media (15-16a) |
|---|--|---|
| General | <ul style="list-style-type: none"> • Cambios físicos impactan en la personalidad. • Mayor capacidad de abstracción, con foco atencional en el presente y en ellos más que en el futuro y en los demás. • Persistencia de conductas infantilizadas y a probar los límites familiares-sociales. | <ul style="list-style-type: none"> • Cambio físico más lento; mayor exploración de la experiencia interna y el sentido de la vida. • Desidentificación de cuidadores primarios, exploración de alternativas de identificación extrafamiliares (pares, referentes externos, contenidos digitales). |
| Identidad | <ul style="list-style-type: none"> • Difusión de la identidad (baja autoestima y autonomía; toma de decisiones dependiente, influenciable o intuitiva). | <ul style="list-style-type: none"> • Identidad basada en elecciones o valores ajenos más que propios. Toma de decisiones con foco en futuro lejano. |
| Relaciones | <ul style="list-style-type: none"> • Gran interés en la privacidad. Es común la timidez y la vergüenza. | <ul style="list-style-type: none"> • Pueden tender a relaciones superficiales. |
| Funcionamiento defensivo | <ul style="list-style-type: none"> • Salto cuántico cognitivo que promueve debilidad de estructuras psíquicas. • Estados mentales cambiantes y tendencia a sensación de fragmentación por presión de cambios biopsicosociales. • Defensas inmaduras (desmentida, negación, proyección, disociación) | <ul style="list-style-type: none"> • Consolidación del pensamiento abstracto con mayor integración de estructuras psíquicas. • Mayor autoconciencia y confianza en sí mismos. Mayor control de emociones, acciones y metas. • Maduración y complejidad de defensas (sublimación, humor, afiliación, intelectualización, autoafirmación). |
| Construcción y uso de ideales y principios | <ul style="list-style-type: none"> • Nivel básico de razonamiento moral. • Tienden a juzgar la moralidad de una acción por las consecuencias posteriores para sí mismos (recompensa vs castigo); más | <ul style="list-style-type: none"> • Interés por el razonamiento moral a partir del desarrollo de ideales y la selección de modelos a seguir. • Interés en la aprobación o no de los demás. • Moral dictada por fuerzas |

| | | |
|--|--|--|
| | adelante desarrollan mayor anticipación y control. | externas. Luego internalizarán la obediencia de leyes por su importancia para la sociedad. |
|--|--|--|

2. Perspectiva práctico-lógica

Esta perspectiva coexiste con la perspectiva anterior y se basa en el desarrollo progresivo de aspectos centrales del funcionamiento psíquico que, más allá de la edad precisa en la que ocurrán, tienden a respetar cierta secuencia, cierta lógica, “en capas o escalones de complejidad creciente” del desarrollo. En una diversidad de ocasiones, pueden extenderse hasta la tercera década de la vida o sufrir obstáculos más duraderos por afectación intelectual.

Desde esta perspectiva, el inicio de la adolescencia está marcado por la pubertad, implicando tanto cambios físicos como psicológicos que marcan el inicio paulatino de la que será, a futuro, una diferenciación cada vez más evidente respecto a la infancia, así como una cercanía cada vez más próxima con la adultez. Desde esta perspectiva, el consenso de cuándo comienza la adolescencia es mucho más claro que de cuándo termina. Para Nasio, la adolescencia es un “(lento y doloroso) duelo de la infancia” que implica múltiples microduelos y, a la vez, una “conquista de la adultez, difícil de acceder sin lograr amar al niño que hemos sido”. Para delimitar su finalización algunas propuestas son la independencia económica, aceptar la propia forma de ser, estar disponible para otros (Nasio, 2022); todas ellas vinculadas con una evidente progresión de la autonomía respecto a las actividades de la vida diaria y a las formas y estabilidad de la personalidad. Este autor define al ser adulto como aquel que vive sin temor a jugar como un niño y sin vergüenza de mostrarse obediente; no obstante, aclara que “llegar a ser adulto es más un ideal inalcanzable que un estado bien definido”.

Esta perspectiva considera que el desarrollo psicológico va dándose paulatinamente desde la dependencia absoluta (de los cuidadores primarios) hacia la autonomía, ubicando en ella tres fases: la de Dependencia Absoluta (desde el nacimiento hasta el primer año de vida aproximadamente), la de Dependencia Relativa (desde aproximadamente 1 año de edad hasta la pubertad) y la fase llamada Hacia la Autonomía (desde la adolescencia hasta la adultez joven) (Winnicott, 2011).

Durante todo el desarrollo infantil y juvenil, son tres los aspectos lógicos que se van desarrollando paulatinamente, los que podrían llamarse objetivos del desarrollo infanto-juvenil: el desarrollo del Apego, que implica el desarrollo de la *distancia física justa* con los cuidadores primarios, que permite la construcción de su espacio de seguridad -y que incluye el desarrollo de la confianza epistémica (Luyten et al., 2020)-; el desarrollo de la Intersubjetividad, que implica el desarrollo de la mentalización y con ella, de la *distancia psíquica justa* con los cuidadores primarios, lo que permite sentirse existir como una persona capaz de crear o sentir agencia. Desde esta perspectiva, el apego resulta fundamental para el desarrollo de la mentalización (construcción de la intersubjetividad), ya que aquel va construyendo un sistema de representaciones que el niño utilizará como base para

desarrollar la mentalización. Por último, el desarrollo de la (auto)Regulación emocional-conductual, que implica el desarrollo de la capacidad de equilibrar las propias experiencias emocionales de placer-displacer (motivación-frustración) de manera de orientar la conducta hacia el mantenimiento de la exploración y aprendizajes, tanto en la relación con sus cuidadores, como con los otros y/o los objetos del mundo. En este último aspecto, la regulación es externa durante la fase de dependencia absoluta (cuidadores), en la fase de dependencia relativa hay un desarrollo muy importante de la autorregulación, que se consolida y complejiza en la fase llamada Hacia la autonomía.

Integrados estos tres aspectos del desarrollo, el ser humano avanza paulatinamente a conquistar la adultez; para ello, su herramienta principal es lo lúdico, la cual muta las formas y contextos según la fase y se basa en un proceso circular intersubjetivo que se co-construye junto con sus cuidadores caracterizado por explorar-aprender-validar y reexplorar-reaprender-consolidar. Claro está, la idea de lo lúdico es mucho más amplia que sólo la idea de jugar; sus límites los encontrará sobre todo en las diversas formas de la violencia, ya sea, por ejemplo, un evento traumático notable o múltiples situaciones cotidianas y sutiles de trauma relacional (Holmes, 2024; Golse, 2021; Luyten et al., 2021; Coyne et al., 2019; Midgley et al., 2019; Rodulfo, 2012).

Al llegar en el desarrollo lógico a la adolescencia, durante la misma ocurren la revisión y consolidación del desarrollo del Apego (Segunda Deambulación; reformulación de la separación y la pérdida; desarrollo en múltiples microduelos; triple duelo adolescente) (Holmes, 2024; Nasio, 2022; Golse, 2021; Rodulfo, 2012); la revisión y consolidación del desarrollo de la Intersubjetividad (Mentalización) (Luyten et al., 2021) y la revisión y consolidación de la autorregulación emocional-conductual (o regulación interna). De la misma manera, se produce la reformulación del proceso exploración-aprendizaje (centrado en lo social; 2da deambulación) y la continuidad de lo lúdico, aplicado al jugar con: límites/riesgo, cuerpo/género, político/ideológico, sexual (Rodulfo, 2012).

Discusión

Reflexiones finales en torno a la adolescencia y la delincuencia juvenil

La adolescencia es el paulatino y complejo proceso de transitar el desarrollo biológico, psicológico y social de la niñez a la adultez. Las capacidades puestas en juego al tomar decisiones difieren en función del tipo de decisión, del contexto, la historia en relación a esa decisión y la edad de la persona. Especialmente en esta época, el desarrollo de capacidades relacionales (prácticas, experienciales, desarrollables) no debe confundirse con la disponibilidad de información o la acumulación de datos (teoría o datos).

El entorno socio-histórico en la adolescencia es un factor fundamental (factores protectores o de riesgo) como determinante del epifenómeno conductual que incluye la historia infantil. La diferencia en la capacidad de comprensión en contextos situados de criminalidad (hechos reales), comparando adolescentes de 14 y de 16 años, sería mayor que la diferencia en la capacidad de comprensión en un hecho delictivo teórico (medido en investigaciones) (Konrad et al., 2013).



Actualmente, existiría un consenso científico respecto a que para disminuir tasas de criminalidad resulta costo-efectivo el sostenimiento de políticas públicas a largo plazo relacionadas con la prevención primaria en salud mental, abordada desde una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial, con intervenciones selectivas (ej. con familias vulnerables y/o madres adolescentes primerizas). Algunos ejemplos de programas en curso en el mundo son el *Early Start Project* (en Nueva Zelanda, Australia y EE. UU.) (*Early Start Project, 2025*) y el *Family Nurse Partnership* (en Reino Unido, EE.UU., Países Bajos, Canadá, Bulgaria, Noruega y Australia) (*Family Nurse Partnership Programme, 2025*); ambos en funcionamiento hace unos 40 años, han mostrado evidencias de importantes beneficios a corto, mediano y largo plazo, incluyendo disminuir la criminalidad de padres y hijos que recibieron este tipo de programas. La costo-efectividad de estas políticas públicas ha sido medida y se calculó un ahorro del Estado de entre US\$17.000-34.000 por cada bebé que recibió este programa y llegó en él a los 15 años de edad; este ahorro implicó un retorno monetario para el Estado de entre US\$3-5 por cada US\$1 invertido en estas políticas públicas (*Early Start Project, 2025*; *Family Nurse Partnership Programme, 2025*).

La politóloga estadounidense Kathryn Sikkink ha planteado ya hace algunos años la necesidad de medir rigurosamente el efecto y costo-efectividad de los Derechos Humanos (Sikkink, 2018). Con su postura, Sikkink introduce una perspectiva metodológica y plantea un razonamiento pocas veces presente en el tipo de debates que abre este dossier de Sinopsis. Aplicado al tema en cuestión, podría plantearse que partiendo de datos -y no sólo de conceptos- sería más factible aportar datos (ej. edades) al debate de manera fundada.

Incluso animarse: ¿qué sería más costo-efectivo para las personas, la sociedad y el Estado: ¿bajar la edad de punibilidad sin calcular o estimar sus consecuencias a mediano o largo plazo o ejecutar políticas públicas de salud mental consensuadas a largo plazo, relacionadas con la prevención primaria del delito?

Referencias bibliográficas

- [Bleichmar ED. Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos. Barcelona, Editorial Paidós, 2005 \(1ra edición\).](#)
- [Congreso de la Nación Argentina \(2014\). Código Civil y Comercial de la Nación Argentina \(Ley Nacional Nº26.994\).](#)
- [Congreso de la Nación Argentina \(1990\). Convención de los Derechos del Niño \(Ley Nacional Nº23.849\).](#)
- [Corrigan A, Yarnykh V, Hippe DS, Owen JP, Huber E, Zhao TCh et al. Myelin development in cerebral gray and white matter during adolescence and late childhood. NeuroImage 2021; 227: 117678.](#)
- [Coyne J, Powell B, Hoffman K and Cooper G \(2019\). The circle of security \(Chapter 30\). En: Zeanah Ch H -Jr- \(Editor\). Handbook of Infant Mental Health. New York: The Guilford Press; 2019. p500-13.](#)

-Early Start Project (Christchurch, New Zealand). Early Start (New Zealand). Web oficial: Home Visiting Evidence of Effectiveness, Office of Planning, Research & Evaluation, Administration for Children & Families, Department of Health and Human Services, US Government, 2025; disponible en: <https://homvee.acf.gov/models/early-start-new-zealand> (también disponible en: <https://www.earlystart.co.nz/>).

-Family Nurse Partnership Programme. University of Colorado (Denver, EEUU). Web oficial: Office for Health Improvement and Disparities, UK Government, 2025; disponible en: <https://www.gov.uk/guidance/family-nurse-partnership-programme> (también disponible en: <https://nfinternational.org/>).

-Golse B. Mi combate por los niños autistas. Barcelona-Buenos Aires, Editorial Miño y Dávila, 2021 (1ra edición en castellano).

-Holmes J. Bowlby's trilogy. BJPsych Advances 2024; 30: 326-8.

-Konrad K, Firk Ch, Uhlhaas PJ. Brain Development During Adolescence: neuroscientific insights into this developmental period. Dtsch Arztebl Int 2013; 110 (25): 425-31.

-Klein D, Rotarska-Jagiela A, Genc E, Sritharan S, Mohr H, Roux F et al. Adolescent Brain Maturation and Cortical Folding: Evidence for Reductions in Gyration. PLoS ONE 2014; 9 (1): e84914.

-Lingiardi V & McWilliams N (editores). Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2. New York, The Guilford Press, 2017 (2nd edition).

-Luyten P, Malcorps S & Fonagy P. Adolescent brain development and the development of mentalizing (Chapter 2). En: Rossouw T, Wiwe M & Vrouva I, editors. Mentalization-Based Treatment for Adolescent -a practical treatment guide-. 1st edition. New York-Oxon: Routledge; 2021. p. 40-53.

-Luyten P, Campbell C, Allison E and Fonagy P. The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. Annual Review of Clinical Psychology 2020; 16 (9): 1-29.

-Marcelli D & Braconnier A. Psicopatología del Adolescente. Barcelona, Editorial Masson, 2005 (2da edición).

-Midgley N, Ensink K, Lindqvist K, Malberg N and Muller N. Tratamiento basado en la mentalización para niños. Un abordaje de tiempo limitado. Bilbao, Editorial Desclée De Brouwer, 2019 (1ra edición).

-Nasio JD. ¿Cómo actuar con un adolescente difícil? Consejos para padres y profesionales. Buenos Aires, Editorial Paidós, 2022 (1ra. edición, 3ra reimpresión).

-Organización Mundial de la Salud. The global strategy for women's, children's, and adolescents' health (2016-30), 2015. Disponible en: <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-globalstrategyreport-200915.pdf?ua=1>

-Radtke S, Wretman Ch, Fraga Rizo C, Fonchino-Olsen H, Williams DY, Chen WT et al. A systematic review of conceptualization and operationalization of youth polyvictimization. Trauma, Violence & Abuse 2024; 25 (4): 2721-34.

-Rodulfo R. Destinos adolescentes (Capítulo 10). En: Rodulfo R. Padres e hijos, en tiempos de retirada de las oposiciones. 1ra edición. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2012. p205-16.

-Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D and Patton GC. The age of adolescence. The Lancet Child & Adolescent Health 2018; 2 (3): 223-8.

-Sikkink K. Razones para la esperanza. La legitimidad y efectividad de los derechos humanos de cara al futuro. Buenos Aires, Editorial Siglo XXI, 2018 (1ra edición en castellano).

-[Stahl SM. Psicofarmacología esencial de Stahl: bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas. Madrid, Grupo Aula Médica, 2011 \(3ra edición\).](#)

-[Winnicott DW. De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo \(1963\). En: Winnicott DW. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. 1ra edición, 6ta reimpresión. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2011. p108-120.](#)