

# Violencia en la adolescencia

C. Imaz Roncero\*, K.G. González Gallegos\*\*,  
M.S. Geijo Uribe\*, M.B.N. Higuera González\*\*\*,  
I. Sánchez Lorenzo\*

\*Psiquiatra. Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Servicio de Psiquiatría.  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España. \*\*Psiquiatra. Hospital Militar, Bolivia.  
\*\*\*Pediatra. Clínica García Morato. Valladolid



## Resumen

Las conductas violentas se presentan en el ser humano en formas y manifestaciones diversas. Es preciso reconocerlas para entender mejor los factores relacionados con su presencia. Desde el punto de vista clínico, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno negativista desafiante (TND) y el propio trastorno de conducta son patologías que aumentan el riesgo de presentar conductas agresivas en la adolescencia. En algunos casos dichas conductas son hechos delictivos, pero no todos los que realizan delitos presentan el rasgo de insensibilidad emocional ni son psicópatas. Además, las conductas agresivas predicen una peor salud, tanto física como mental. Por otra parte, la violencia del menor hacia sus ascendientes es un problema emergente sobre el que es preciso comprender e intervenir. Los programas de entrenamiento de padres o con familias son los tratamientos que han demostrado mayor eficacia. Es importante establecer criterios o líneas de actuación para el manejo de los problemas conductuales desde la Pediatría de Atención Primaria y específicamente sobre los problemas de violencia intrafamiliar, siendo éste un espacio privilegiado donde sospechar y detectar precozmente dichas conductas.

## Abstract

*Violent behaviors are shown in humans in diverse forms and expressions that must be acknowledged to better understand the factors associated with these behaviors. From a clinical perspective Disorder attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), Oppositional Defiant Disorder (ODD) and conduct disorder itself are conditions that increase the risk of aggressive behavior in adolescence. In some cases such behaviors are criminal acts but they do not all crimes have the callous-unemotional traits or are psychopathic personalities. Furthermore the aggressive behaviors predict worse physical and mental health. Moreover, of the child violence toward their ascendants is an emerging issue on which we need to understand and act. Training programs for parents or families are the treatments that have proven more effective. It is important to establish criteria or courses of action for the management of behavioral problems from the Primary Care Pediatrics and specifically on the problems of domestic violence, and this is a privileged space where suspicion and early detection of such behavior.*

**Palabras clave:** Violencia; Agresión; Adolescente; Psicopatología; Trastorno conducta infancia.

**Key words:** Violence; Aggression; Adolescent; Psychopathology; Child Behavior Disorders.

*Pediatr Integral 2013; XVII(2): 101-108*

## Introducción

### Problemas conceptuales: definición de agresividad y violencia. Subtipos

Un joven puede ser violento, al igual que un huracán; pero sólo los animales, los prima-

tes y los seres humanos pueden ser agresivos. La agresividad, por tanto, es una cualidad asociada a los seres vivos que no conlleva, necesariamente, destrucción o violencia, siendo ésta, para algunos autores, imprescindible para la supervivencia de los seres vivos. Así, en

circunstancias de relaciones de convivencia, la agresividad es, más bien, un mecanismo de defensa.

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE versión 10, OMS) subdivide en: agresiones socializadas (hol-

gazanear, coger dinero a escondidas, el consumo de alcohol y/o drogas, las estafas, etc.) y no socializadas (peleas, la intimidación, las alteraciones y/o explosiones).

Dado que estamos hablando de violencia en el contexto de la adolescencia, se utilizará, indistintamente, violencia o agresividad; ya que, como se comentaba previamente, la violencia producida, en este caso por un adolescente, se equipara a la agresividad.

Hay muchas formas de clasificar la agresividad y se describen subtipos que nos permiten profundizar sobre dichas manifestaciones, tales como: abierta-encubierta, reactiva-proactiva, instrumental-hostil, ofensiva-defensiva, relacional-indirecta.

Según Loeber y Hay (1994), existen diversas vías en el desarrollo de conductas violentas y antisociales: abierta, encubierta y la que se produce cuando se provoca un conflicto con la autoridad. Desde las formas más leves, pero mucho más frecuentes, a las formas más graves, pero de menor prevalencia. Siendo también la edad de inicio un factor diferencial en las conductas agresivas (Figs. 1 y 2).

**Definición de psicopatía y conducta delictiva**

La psicopatía en niños y adolescentes es un concepto que se evita por el riesgo de etiquetar a poblaciones en desarrollo, aunque numerosas investigaciones demuestran que este trastorno se inicia en la infancia<sup>(1,2)</sup>, procurando en estos casos hablar más de rasgos psicopáticos que de psicopatía<sup>(3)</sup>. El temor al contenido peyorativo del término ha conducido a que el concepto de psicopatía no se utilice en las clasificaciones internacionales de enfermedad mental.

Las características de personalidad del psicópata son: manipulación, falta de empatía, frialdad emocional, mentiras... Se identifica con frecuencia el término de psicópata con el de delincuente; si bien, no todos los delincuentes son psicopatas y no todos los psicopatas están reconocidos e identificados socialmente como tal.

El delito como quebrantamiento de la ley o como acción u omisión voluntaria o imprudente penada por la ley supone una gran amplitud de conductas,

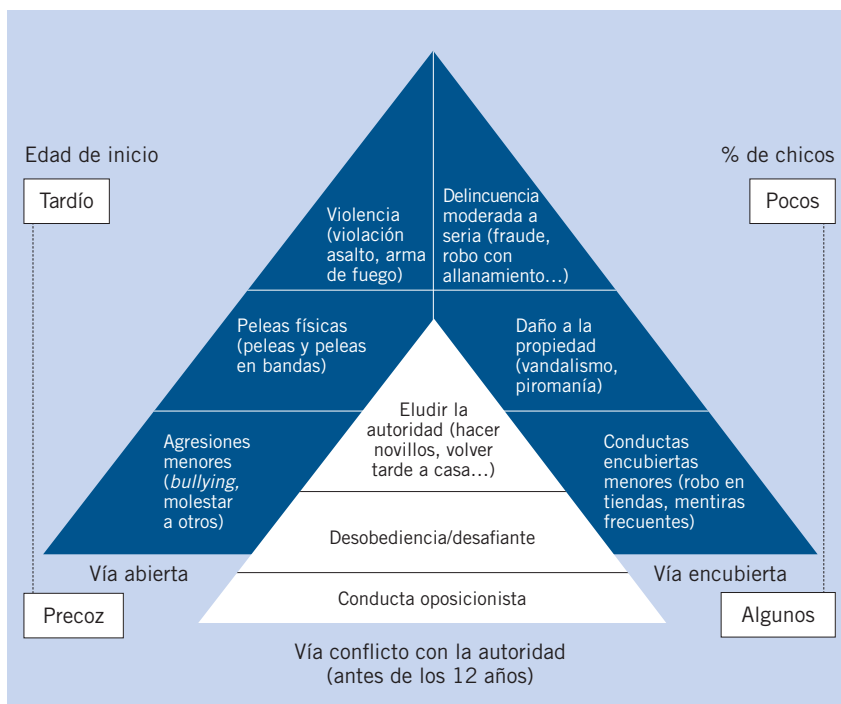


Figura 1. Vías para el desarrollo de conductas violentas y antisociales. Loeber y Hay (1994).

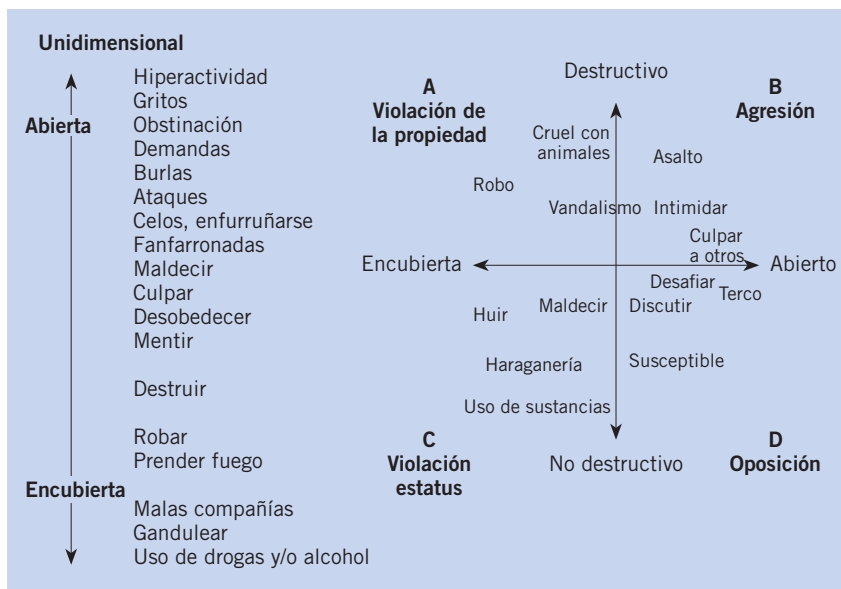


Figura 2. Subtipos de agresión abierta vs encubierta.

que van desde el consumo de alcohol o porros, las descargas de música o de vídeos en el ordenador, comportamientos ampliamente extendidos en poblaciones adolescentes y no adolescentes, a otras de mayor gravedad y menos consentidas socialmente.

**No debemos hablar en la infancia de psicopatía, sino de rasgos psicopáticos.**

**Retos**

Desde hace unos años ha sido muy evidente el incremento de menores que agreden a sus ascendientes, siendo una realidad social que nos coge desprevenidos y sin criterios o marcos de actuación sociales y sanitarios preparados o adaptados para atender este tipo de demanda.

Por otra parte, la mal llamada epidemia de diagnósticos de TDAH, tras-

torno por déficit de atención e hiperactividad, de la que se habla de forma descalificatoria, tiene una base real. Así, tanto para quien diagnostica sin criterio como para quien sigue siendo reticente al diagnóstico, produce inevitablemente un inadecuado manejo y, por tanto, un empeoramiento evolutivo de una patología que se relaciona con el inicio y el mantenimiento de problemas conductuales en la adolescencia.

Además, el TDAH no tratado se relaciona con un incremento en los problemas de abuso de sustancias, factor reconocido con el empeoramiento de los problemas conductuales y de reincidencia en las conductas delictivas.

**Debemos reconocer una nueva realidad social emergente: menores que agreden a sus ascendientes.**

**Sensibilidad especial merece el TDAH que, si no se diagnostica o no se trata bien, incrementa los problemas de abuso de sustancias y conductas delictivas, con la agresividad y violencia que éstas conllevan.**

## Epidemiología

Según el Primer informe sobre Jurisdicción de Menores titulado: *Análisis de las conductas antisociales y delictivas de los jóvenes en España*, realizado en el 2008 por el Centro de Investigación en Criminología de la Universidad de Castilla-La Mancha, se intenta dar respuesta, en un primer término, a qué tipo de conductas antisociales son las que están practicando los menores en España; qué perfil sociodemográfico es el más proclive a cada una de ellas; cuál es la edad de inicio; ambientes más propicios; con quién se realiza cada tipo de conducta.

Dicho estudio parte de cuestionarios homologados internacionalmente, criticando los estudios basados en denuncias porque pueden llegar a perderse hasta un 90% de delitos cometidos con esta metodología. Hay muchos delitos que no se denuncian, ya sea porque la víctima no es consciente de serlo o porque no considera que vaya a encontrar respuesta a su demanda o por cualquier otra razón.

Este estudio establece que el porcentaje de jóvenes que realizan algún acto antisocial o delictivo alguna vez en su vida en España es del 98,8% y baja a un 72,4% cuando se limita a su presencia

en el último año. El uso ilegal del ordenador y el consumo de alcohol son las conductas más frecuentes. Conductas más preocupantes, como la participación alguna vez en una pelea, ya “sólo” es de un 22,1% si se refiere a si alguna vez ha participado y de un 8,1% cuando esta conducta se ha producido en el último año. El resto de conductas violentas y contra la propiedad no superan un 5% de prevalencia.

Esto quiere decir que los jóvenes de hoy, ¿son más antisociales y agresivos que hace años?

En la Memoria de la Fiscalía General del Estado del año 2011 se señala que, en estos últimos años, existe una disminución objetiva de los delitos cometidos por menores. Sin embargo, algunos especialistas señalan como un problema emergente los delitos de malos tratos de los menores contra sus ascendientes<sup>(4)</sup>.

**Existe una disminución objetiva en los últimos años de los delitos cometidos por menores, aunque es emergente la realización de estos contra sus ascendientes.**

## Etiopatogenia y psicopatología asociada a las conductas violentas

El estudio de las bases neurofisiológicas de la conducta violenta es tremendamente compleja, ya que, como hemos señalado, la conducta violenta tiene no sólo muchas manifestaciones, sino también mucha complejidad de factores o manifestaciones, por lo que no podemos relacionar unas bases neurobiológicas comunes a todas ellas.

Por ello se buscan algunos rasgos presentes en las conductas violentas, como los que se encuentran en los sujetos con rasgos psicopáticos, con el rasgo de insensibilidad emocional o *callous-unemotional traits*, que se ha relacionado con una respuesta reducida de la amígdala, encontrándose también respuestas alteradas en otras zonas cerebrales, como en el córtex prefrontal ventromedial o el córtex orbitofrontal, pero también se ha asociado a alteraciones hormonales, como los bajos niveles de cortisol.

La agresividad en los trastornos mentales según (DSM-IV) puede ser un **síntoma propio del trastorno, como ocurre en:** trastorno de conducta o disocial, trastorno negativista desafiante,

T. explosivo intermitente, T. de personalidad disocial, T. de personalidad “límite”. **O puede ser un síntoma asociado en los siguientes cuadros:** T. déficit de atención con hiperactividad, trastorno por abuso de sustancias, trastorno del humor (bipolar, depresión), T. ansiedad (TEPT, TEA, fobia, TOC), trastorno psicótico, trastorno autista, retraso mental o problemas orgánicos cerebrales, como epilepsia u otros.

En el modelo de Lahey y cols., la etiopatogenia de la conducta violenta o antisocial tiene variables ambientales con factores de riesgo que se pueden ver en la figura 3.

Aunque los estilos educativos y modelos familiares están ampliamente recogidos en el modelo etiopatogénico anterior, hay otros aspectos de la familia, como las prácticas de manejo y variables contextuales que tienen relación con las conductas violentas de los hijos, destacando los modelos educativos inconsistentes o incongruentes parentales (véase Fig. 4).

**No existen bases neurobiológicas comunes a la conducta violenta. Subrayar la importancia de los estilos educativos en su etiopatogenia.**

## Aspectos clínicos

El pediatra de Atención Primaria, acostumbrado a curar, va a tratar con premura y posiblemente con éxito, los problemas físicos generados por los comportamientos violentos.

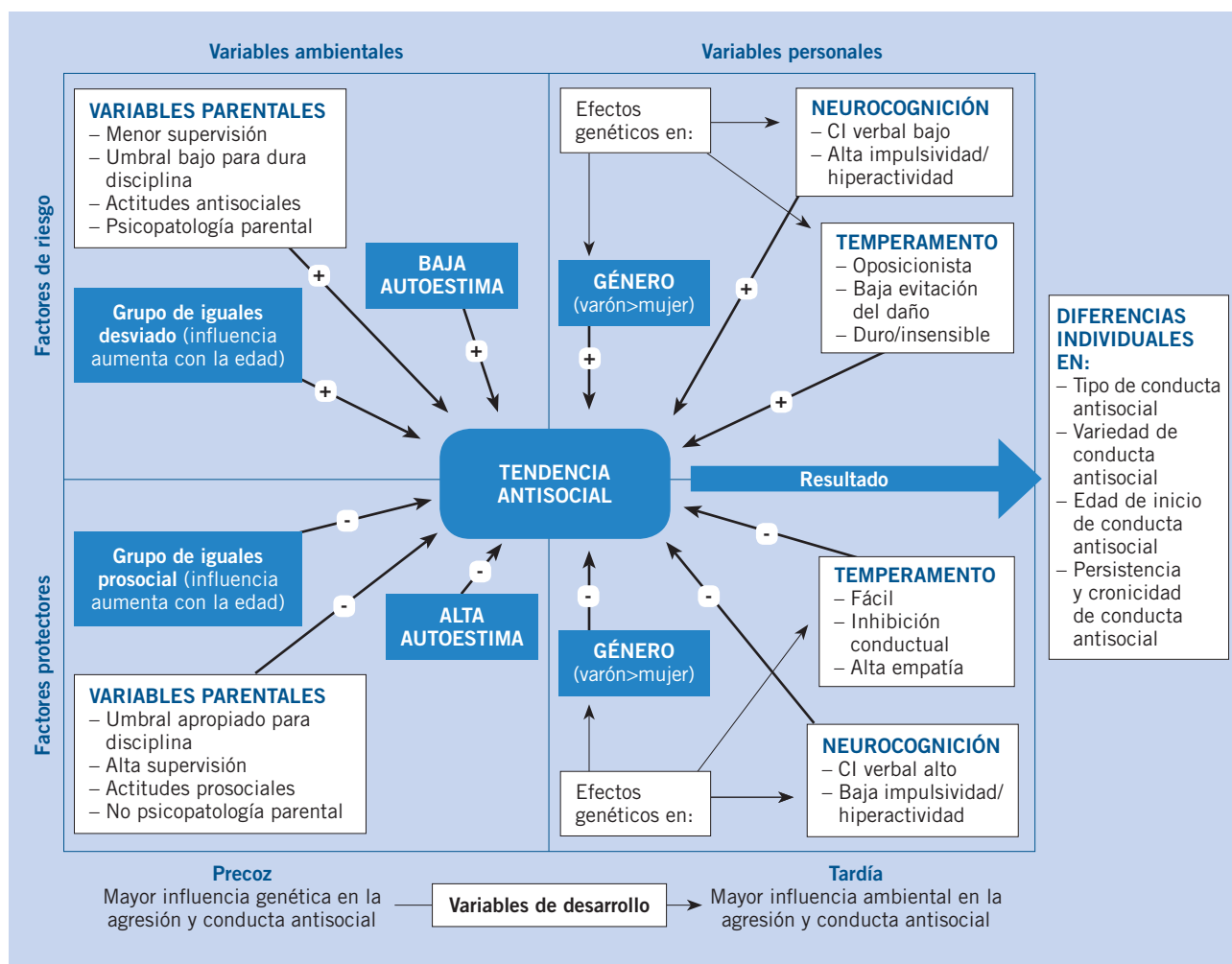
Pero, además, no debe olvidar que detrás de una conducta agresiva o violenta, hay unos factores etiopatogénicos que debe investigar, entender y, si no tratar, al menos orientar, para su abordaje posterior.

Tendrá que ayudar a los padres que, desbordados por el comportamiento de sus hijos, demandarán orientación y, aunque sin formación ni recursos, deberán tener criterios de respuesta.

Y, como médicos, debemos abordar específicamente los problemas externalizantes: disociales, el negativismo desafiante y el TDAH como los más frecuentemente relacionados.

## El trastorno de conducta o disocial

Las conductas agresivas en los primeros años de la escuela han sido



**Figura 3.** Tendencia antisocial, tendencia a desarrollarla y diferencias individuales en las conductas antisociales resultantes (Lahey, Waldman y McBurnett, 1999).

describas como un buen predictor de delincuencia en la adolescencia<sup>(5)</sup>. Y, en estudios de seguimiento, han mostrado que los problemas conductuales en la infancia media son fuertemente predictores de problemas conductuales en la adolescencia<sup>(6)</sup>. Detectar y atender estas situaciones en la infancia es una responsabilidad también del pediatra.

La presencia de un trastorno de conducta tiene una relación importantísima con las conductas agresivas, ya que dichas conductas forman parte de la definición del trastorno, siendo un síntoma o manifestación del mismo y son utilizados en los criterios diagnósticos; así, en la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-IV, 7 de los 15 posibles criterios implican conductas agresivas a otros y, según CIE-10, 7 de los 23.

Aunque la mayoría de los casos diagnosticados de trastorno de conducta no progresan a trastorno antisocial en la adultez, es mucho más frecuente la evolución (llega a ser el 25-40% de los casos).

#### Trastorno negativista desafiante (TND)

El trastorno negativista desafiante (TND) se presenta con cierta frecuencia en los niños y jóvenes, en muchas ocasiones de forma comórbida y precediendo los trastornos de conducta, el abuso de sustancias y graves conductas delictivas<sup>(7)</sup>.

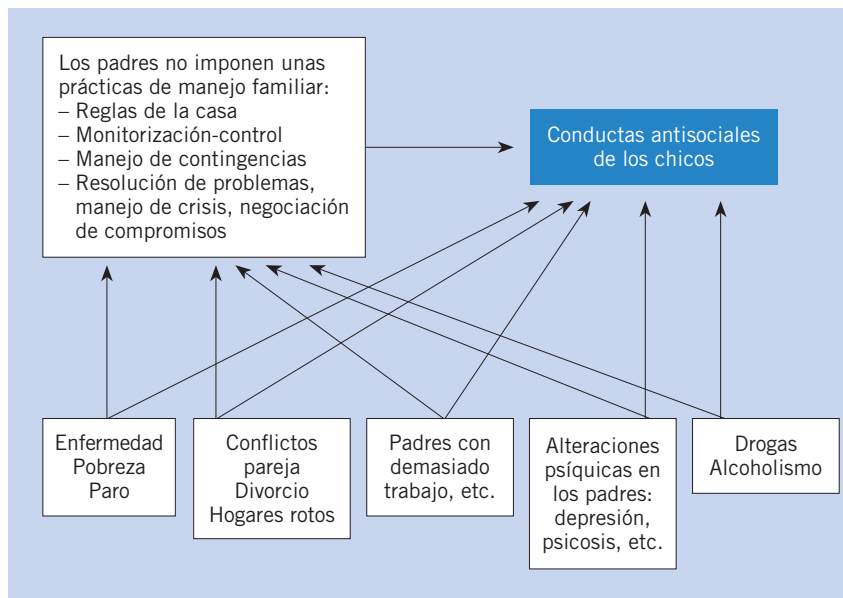
Hay procesos a la edad de 2-5 años en que es típico y normal la presencia de conductas oposicionistas, que con el incremento de edad van disminuyendo en frecuencia al igual que sucede con las conductas agresivas,

peleas propias de los primeros años de la vida.

#### El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y la conducta violenta

Pese a la mejora en el diagnóstico y tratamiento del TDAH, se sigue observando un bajo nivel de diagnóstico como de tratamiento de esta patología. Y esto pese al incremento descrito en algunos casos exponenciales en el consumo de metilfenidato<sup>(8)</sup>.

Si realizáramos un cálculo de consumo de los diferentes tratamientos farmacológicos del TDAH (metilfenidato y atomoxetina) y con el dato de dosis diaria definida para las diferentes presentaciones, no llegaría al 2% de los niños y adolescentes en tratamiento, cuando en los estudios de prevalencia



**Figura 4.** Relación entre las prácticas de manejo familiar, variables contextuales y conductas antisociales en los chicos. Patterson, 1982.

de TDAH se habla entre un 5 y un 7% de casos en edad escolar<sup>(9)</sup>.

Pero, además de este dato revelador y objetivo, existe la convicción de que los tratamientos del TDAH, que por una parte se han generalizado también se han banalizado, perdiéndose el control y seguimiento precisos. La realidad de padres y/o adolescentes que retiran o inician tratamientos sin control por causas diversas, tales como: el periodo vacacional, las salidas de los fines de semana, la presencia de exámenes, etc., aumenta; y alguna de ellas sin justificación clínica alguna. Pero también casos en los que un niño y/o adolescente toma tratamiento durante años sin que nadie hable con el paciente con la única justificación de que alguien se lo recetó en su momento<sup>(10)</sup>.

El problema de tratar o no tratar el TDAH también tiene consecuencias a medio-largo plazo, existiendo estudios de seguimiento de TDAH tratados frente a los no tratados, con un aumento de prevalencia de consumo de alcohol, marihuana y cocaína en el grupo de sin tratamiento<sup>(11)</sup>. Y el reconocimiento temprano y el tratamiento, en combinación con la terapia de comportamiento a largo plazo y/o tratamiento médico continuo y a largo plazo, pueden reducir el riesgo de trastorno por uso de sustancias en los pacientes con TDAH<sup>(12,13)</sup>.

El TDAH presenta una alta relación con el trastorno por estrés postraumá-

tico y otros trastornos externalizantes, como el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de conducta. El TDAH también se está describiendo con mayor frecuencia en jóvenes detenidos.

**El pediatra abordará los problemas físicos generados por la conducta violenta, investigará los factores etiopatogénicos, descartará problemas frecuentemente asociados a la conducta agresiva o violenta, como son el TDAH, los trastornos de conducta o disociales, el trastorno negativista desafiante.**

#### La conducta antisocial predice una mala salud

Es preciso considerar que las conductas violentas de los niños tienen efectos perniciosos sobre su futuro; ya que, la conducta infantil predice la futura, como ya se ha comentado previamente, especialmente en los varones, pero también influye en unos peores logros académicos y laborales, unas pobres relaciones interpersonales y habilidades sociales, una peor salud mental (como mayor frecuencia de los intentos autolíticos) y un peor nivel de salud física, más embarazos en la mujer y más muertes prematuras. Dichos problemas se agudizan en los individuos con *persistencia de conducta antisocial*. Por ello están siendo desarrolladas estrategias de salud específicas para adolescentes.

**La conducta antisocial predice tanto mala salud física como mental.**

#### La agresión intrafamiliar hacia los ascendientes

De las escasas definiciones del fenómeno propuestas hasta la fecha, una de las más citadas es la que define la violencia ascendente como: cualquier acto que realiza el menor con la intención de controlar a los padres y/o causarles daño psicológico, físico o financiero en ausencia de remordimiento o culpabilidad<sup>(14)</sup>.

Entre las causas de la violencia de adolescentes contra sus progenitores se encuentran las siguientes: una sociedad permisiva que educa a los niños en sus derechos, pero no en sus deberes, donde ha calado de forma equívoca el lema “no poner límites” y “dejar hacer”, abortando una correcta maduración; así como el hecho de que hay padres que, no sólo no se hacen respetar, sino que menoscaban la autoridad de los maestros, de la policía o de otros ciudadanos cuando en defensa de la convivencia reprenen a sus descendientes.

Algunos autores<sup>(15)</sup> diferencian también distintos tipos de maltratos de los hijos hacia sus padres, destacando las conductas tiránicas, la utilización de los padres o el desapego.

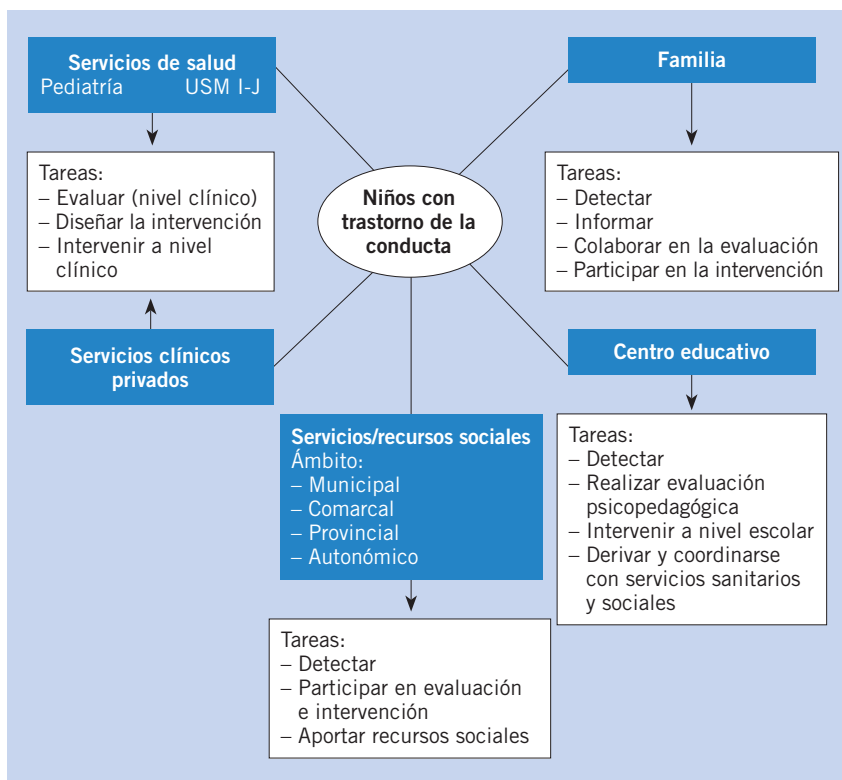
#### Medidas de intervención-programa de intervención con los menores

Cuando la conducta agresiva está presente y acuden a consulta con esta demanda, ¿qué podemos hacer?

El marco de intervención (véase Fig. 5), incluye la familia, los servicios de salud, los centros educativos y los servicios sociales<sup>(16)</sup>, siendo la intervención multimodal en diferentes entornos y ambientes con una base cognitivo-conductual la recomendada.

En una revisión metaanalítica sobre programas de entrenamiento a los padres llevada a cabo por el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2005), se corrobora la eficacia del entrenamiento a padres con hijos que muestran problemas de conducta, en la medida en que este entrenamiento mejora el comportamiento de los hijos y una mejora en la salud mental de sus madres (que son quienes mayoritariamente participan en el estudio), aunque,





**Figura 5.** Marco general de intervención de los problemas de conducta en la infancia-adolescencia.

<b>Tabla I.</b> Programas de tratamiento de los problemas conductuales según la edad y destinatarios		
<b>Preescolar (3 a 5 años)</b>	<b>Escolar (6 a 11 años)</b>	<b>Adolescentes (12 a 18)</b>
<b>Programas de tratamiento dirigidos al menor</b>		
	Entrenamiento en solución de problemas (Kazdin y Weisz, 2003)	Entrenamiento en asertividad (Huey y Rank, 1984) Entrenamiento en control de la ira (Lochman, Barry y Pardini., 2003) Terapia racional-emotiva (Block, 1978)
<b>Programas de tratamiento dirigidos a padres y/o menores</b>		
Programa positivo para padres Triple P (Sanders, 1999) Incredible Years (Webster-Stratton y Reid, 2003)		<b>Multidimensional Treatment</b> Foster Care (Chamberlain y Smith, 2003)
<b>Programas de tratamiento dirigidos a familias</b>		
<b>Entrenamiento para padres (bien establecido)</b> (Patterson, Reid, Jones y Conger, 1975) Terapia Interacción padres-hijos (Brinkmeyer y Eyberg, 2003) <i>Helping the Noncompliant child</i> (Forehand y McMahon, 1981)		Terapia multisistémica (Henggeler y Lee, 2003; citado por Eyberg, Nelson y Boggs, 2008)

diferencias entre el tratamiento exclusivo con padres o con padres e hijos.

Por otra parte, el fenómeno de los malos tratos de los menores hacia sus ascendientes es un problema que se fragua a fuego lento. En unas primeras fases son las pautas de manejo a través de intervenciones familiares las que pueden tener una eficacia preventiva indiscutible. Dichas intervenciones deben ser abordadas desde los servicios sociales e instituciones de protección de menores, y evitar las posteriores actuaciones –siempre más traumáticas– desde el sistema de Justicia Juvenil. Pero un espacio privilegiado de atención es la consulta de Atención Primaria, especialmente pediátricas, donde las familias acuden desde el nacimiento y donde ya se ponen de manifiesto estilos relacionales y problemas de manejo. Las intervenciones precoces y la intervención psicosocial en familias desfavorecidas debiera ser, por tanto, una prioridad. Por desgracia, en ocasiones, la primera noticia de estos problemas, para el pediatra y/o servicios sanitarios, se da tarde; cuando los padres, desbordados, acuden solicitando orientación, se plantean la posibilidad de denunciar a sus hijos o cuando los problemas legales ya están presentes.

Es preciso ayudar a los padres que estén en esta situación. Y es preciso conocer que la exención de responsabilidad penal en España está establecida en 14 años, por lo que antes de esa edad sólo pueden intervenir los sistemas de protección y de intervención social<sup>(17)</sup>.

Es necesario conocer y coordinarse con los sistemas de intervención social de cada zona<sup>(18)</sup>, especialmente los servicios de protección de menores aunque se hallan desbordados con un incremento de las adopciones internacionales, puedan estar excesivamente burocratizados, y no ofrezcan siempre alternativas.

**El marco de intervención incluye la familia, los servicios de salud, los centros educativos y los servicios sociales.**

### La intervención en la agresión intrafamiliar ascendente

Las líneas de actuación y/o intervención propuestas por diferentes autores<sup>(14)</sup> se resumen en los siguientes puntos:

- La violencia no es aceptable. Y hay que insistir en que la violencia no debe

ciertamente, este impacto es modesto. No se encuentran diferencias significativas entre el tratamiento individual o grupal con padres y tampoco existen

ser banalizada o etiquetada como la ira o “mal carácter” o justificada porque “él es así” o porque tiene un problema. Las sanciones legales son herramientas poderosas para ayudar a las personas a tomar una posición contra la violencia. La denuncia, por tanto, es una herramienta.

- Hay que apostar por un entorno de seguridad en el hogar. Es necesario generar la expectativa de que las familias pueden superar la violencia en sus vidas pero siendo preferible romper o distanciar la relación a que el fin de la convivencia venga dado por la violencia ejercida. En los casos graves, el internamiento temporal o emancipación del menor puede ser útil.
- Hay que apoyar la patria potestad y restablecer la jerarquía adecuada en la familia. En las familias de adolescentes agresivos, los padres se sienten impotentes. Es necesario generar en los padres más confianza en su propia capacidad y no “patologizar” el funcionamiento familiar y reparar las relaciones.
- Hay que contener los conflictos. Los conflictos a menudo se reducen cuando está presente un tercero neutral. Así, con la participación de una tercera persona, el conflicto entre dos partes puede enmarcarse dentro de límites aceptables. Se puede plantear la aportación de una persona no violenta, un familiar cercano o una figura de referencia para todos, en las discusiones para que ejerza de mediador.
- Hay que ayudar a la gente a identificar cuándo el problema está ausente, y ver la parte sana, y a descubrir y apoyar la competencia trabajando los puntos fuertes y los recursos de las familias. En las familias con miembros violentos, todos ellos tienden a sentirse impotentes e incompetentes. Por este motivo, el trabajo del terapeuta será también el tratar de aportar competencia a los miembros de la familia. No es conveniente centrarse únicamente en el/los problema/s del adolescente.
- Se deben fomentar los espacios de diálogo y de discusión sobre las formas en que los miembros de la familia podrían ayudar a restaurar

la confianza en sí mismos, pero también los padres deben ampliar y estrechar la comunicación con las personas que forman parte de la vida del menor.

- Los padres deben admitir el abuso y hablar de ello trabajando con respeto y de manera transparente. El terapeuta deberá ayudar al menor a que reconozca sus conductas agresivas y debe ayudar a las personas a asumir la responsabilidad de la violencia que se ha generado.
- Una vez que la crisis inicial ha sido controlada, los padres necesitan tiempo, espacio y apoyo para hacer frente a los efectos del abuso. En ocasiones, encuentran mejora centrándose menos en el adolescente y volviendo a conectar con los aspectos más positivos de su vida. Pero un alta prematura en la intervención puede favorecer una recaída.

### Reflexiones finales y conclusiones

- Las conductas violentas y agresivas tienen diferentes manifestaciones y se puede clasificar en varios subtipos y provocar unas consecuencias negativas en la salud física y mental.
- Las conductas delictivas tienen unos factores predisponentes y favorecedores: personales y ambientales. El concepto de delito es social y se puede presentar en cualquier persona, describiéndose tres vías para su desarrollo: abierta, encubierta y conflicto con la autoridad.
- Las conductas violentas son un síntoma propio de algunos cuadros psicopatológicos o un síntoma asociado. La sospecha y detección de dichos cuadros, así como de los posibles factores de riesgo asociados a la conducta violenta en los jóvenes, debe ser una de los objetivos a abordar en los programas de prevención del pediatra.
- Abordar el TDAH y el TND siguiendo los protocolos de atención y realizando la intervención es una buena forma de prevenir los problemas de conducta posteriores.
- La violencia de los menores hacia sus ascendientes es un problema que se fragua desde la infancia y es preciso comprender los mecanismos de actuación y las pautas de manejo. Un

adecuado manejo de contingencias desde los primeros años de la vida también favorecerá su prevención.

### Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1. Lynam DR, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. The stability of psychopathy from adolescence into adulthood: the search for moderators. *Crim Justice Behav.* 2008; 35: 228-43.
2. Gao Y, Glenn AL, Schug RA, Yang Y, Raine A. The Neurobiology of Psychopathy: A Neurodevelopmental Perspective. *Can J Psychiatry.* 2009; 54(12):813-23.
- 3.\*\*\* Halty L, Martínez A, Requena C, Santos JM, Ortiz T. Psicopatía en niños y adolescentes: modelos, teorías y últimas investigaciones. *Rev Neurol.* 2011; 52(Supl 1): S19-27.
4. Fierro Gómez A. Menores maltratadores: causas, remedios y justicia penal. *Diario la Ley.* Año XXXIII, nº 7836, de 12-IV-2012.
5. McGurie J. Reducing personal violence: Risk factors and effective interventions. In: Hodgins S, Viding E, Plodowski A. *The neurobiological basis of violence: Science and rehabilitation.* New York: Oxford University Press; 2009.
6. Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Prediction. In: Quay C. *Handbook of juvenile delinquency.* New York: John Wiley & Sons; 1987.
- 7.\*\* AACAP Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Oppositional Defiant Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007; 46(1): 126Y141.
8. Knellwolf AL, et al. Prevalence and patterns of methylphenidate use in French children and adolescents. *Eur J Clin Pharmacol.* 2008; 64: 311-7.
9. Rodríguez Molinero L, López Villalobos JA, Garrido Redondo M, Sacristán Martín AM, Martínez Rivera MT, Ruiz Sanz F. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009; 11: 251-70.
- 10.\*\* Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. *Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/18.*
11. Kollins SH. ADHD, substance use disorders, and psychostimulant treatment: current literature and treatment guidelines. *J Atten Disord.* 2008; 12: 115.

12. Grahan J, et al. European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 20: 17-37.

13. Elkins JJ, McGue M, Iacono WG. Prospective Effects of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Conduct Disorder, and Sex on Adolescent Substance Use and Abuse. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64(10): 1145-52.

14.\*\*\* Gesteira C, González-Álvarez M, Fernández-Arias I, García-Vera MP. Programa de adolescentes que agreden a sus padres (PAP): una propuesta específica para el tratamiento de problemas de conducta en el ámbito familiar. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*. 2009; 9: 99-147.

15. Garrido Genovés V. Los hijos tiranos. El síndrome del emperador. Barcelona: Ed. Ariel; 2005.

16.\*\* García Romera A, et al. Trastorno de conducta. Una guía de intervención en la escuela. Gobierno de Aragón.

17.\*\* Informes, estudios y documentos del Defensor del Pueblo. Centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social (2009).

18.\*\*\* De Paül Ochotorena J. La intervención psicosocial de Protección infantil en España: Evolución y perspectivas. *Papeles del Psicólogo*. 2009; 30(1): 4-12.

**Bibliografía recomendada**

– Halty L, Martínez A, Requena C, Santos JM, Ortiz T. Psicopatía en niños y adolescentes: modelos, teorías y últimas investigaciones. *Rev Neurol*. 2011; 52(Supl 1): S19-27.

Se da una revisión en español al concepto de psicopatía en la infancia y las bases neurobiológicas.

– AACAP Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Oppositional Defiant Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(1): 126Y141.

Los parámetros prácticos en los cuadros de oposiciónismo desafiante son una referencia sobre el diagnóstico, abordaje y tratamiento.

– Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/18.

La guías clínicas son herramientas de trabajo fundamental y la guía de TDAH española recoge pautas asistenciales de referencia en nuestros medio.

– Gesteira C, González-Álvarez M, Fernández-Arias I, García-Vera MP. Programa de adolescentes que agreden a sus padres (PAP): una propuesta específica para el tratamiento de problemas de conducta en el ámbito familiar. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*. 2009; 9: 99-147.

Interesante revisión que ofrece guías de referencia para el manejo y/o tratamiento de estos problemas de conducta.

– García Romera A. Trastorno de conducta. Una guía de intervención en la escuela. Gobierno de Aragón.

La intervención en los trastornos de conducta en la escuela precisa de abordajes multimodales y la existencia de una guía de referencia nos orienta sobre la línea a seguir. En este caso en el entorno escolar.

– Informes, estudios y documentos del Defensor del Pueblo. Centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social (2009).

Los informes del Defensor del Pueblo son habitualmente presentados en los medios de comunicación de forma sesgada. Por ello, es bueno ir a la fuente.

– De Paül Ochotorena J. La intervención psicosocial e Protección infantil en España: Evolución y perspectivas. *Papeles del Psicólogo*. 2009; 30(1): 4-12.

Describe la asistencia social actualmente en España sobre la asistencia sociológica. Establece diversos planes de intervención en función de la edad.

**Caso clínico**

Paciente que se atiende por primera vez en Centro de cumplimiento de medidas judiciales para menores aunque el paciente tiene al ingreso 18 años de edad, es natural de España y, para el paciente, el cuadro clínico actual se inicia hacia los 14 años, refiriendo discusión y peleas con los padres, no obedece normas de convivencia familiar y se han producido agresiones verbales y físicas hacia sus padres.

A los 16 años ya tuvo que cumplir una Medida Judicial de Convivencia en Grupo Educativo en Centro de menores, por un periodo de 13 meses pero, al volver a casa, el paciente sigue con su misma conducta. A raíz de otro episodio de agresión, el juzgado acuerda, como medida cautelar, el internamiento en el Centro de Menores Infractores de Zambrana, ingresando con una medida de 6 meses.

Tiene antecedentes de haber sido un niño hiperactivo, inquieto, con dificultades en la concentración, por lo que recuerda que consultó con psicólogo y psiquiatra, quienes le diagnosticaron TDAH y le pautaron metilfenidato en la infancia; no recuerda dosis y reconoce que fue pocas veces a consulta y que tomó tratamiento hasta los 11 años, edad en la que lo suspende el propio paciente por sentirse mejor y no necesitarlo, desde su punto de vista, porque ya no era tan movido. Y, aunque retira el tratamiento, no relaciona un empeoramiento en su conducta ni un empeoramiento en sus rendimientos académicos, aunque objetivamente se produce hasta el punto de que, cuando pasa a la Enseñanza Secundaria Obligatoria, repite 1º y 2º de

la ESO y comienza con el absentismo escolar. Posteriormente inicia varios Programas de Capacitación e Iniciación Profesional (PCPI), de informática y de cocina, pero no acaba ninguno y actualmente no realizaba ninguna actividad académica ni laboral.

A los 14 años inicia el consumo de tabaco (de hasta 1 paquete día, aunque luego lo disminuyó a 8 ó 10 cigarrillos/día), de alcohol a los 15 años (que refiere tomar sólo en fiestas sin llegar a la embriaguez) y de *cannabis* a los 17 años, realizando un consumo de entre 4 a 5 porros al día pero, según manifiesta, fue por un corto espacio de tiempo, unos 2 meses, porque no le gustó.

No destacan antecedentes personales (embarazo, prenatales, perinatales ni del desarrollo) salvo alergia al polen y a las gramíneas. Tampoco antecedentes familiares de interés, sin problemas psicociales ni antecedentes de enfermedades mentales, siendo el único dato de interés ser el resultado de un embarazo tardío, aunque deseado, siendo el único chico y el menor de 3 hermanos, con hermanas con 10 y 14 años más que él.

En la exploración inicial está consciente, colaborador, con un discurso coherente, con pensamiento centrado en sus deseos de cambio, que pone en relación con el ingreso en centro de internamiento cerrado. Sin embargo, rechaza la atención psiquiátrica y se muestra sorprendido porque él no está loco y no necesita ayuda. Rechaza la posibilidad de que pueda seguir con síntomas de TDAH porque ya no es tan movido como cuando era pequeño.