

La conducta violenta en la adolescencia

C. Imaz Roncero*, A. Pérez Cipitria*, J.M. Martínez*,
M.T. Barbero Sánchez**, A. Elúa Samaniego***

* Psiquiatra; ** MIR Psiquiatría; ***Psicólogo clínico.
CS Mental del Niño y del Adolescente del Servicio de Psiquiatría.
Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. España



Resumen

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 este tipo de conductas delictivas presentan el rasgo de insensibilidad emocional ni son psicópatas. Por otra parte, el *bullying* o acoso escolar y la violencia del menor hacia sus ascendientes son problemas emergentes que vemos en el día a día, y que debemos comprender y sobre los que tenemos que 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 este, un espacio privilegiado donde sospechar y detectar precozmente dichas conductas.

Abstract

From a clinical view, there are several concepts which we have to consider because they are conditions that increase the risk of aggressive behavior during adolescence: Disorder attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), Oppositional Defiant Disorder (ODD) and conduct disorder. In some cases such behaviors are criminal acts but there are other of them not at all. Maybe, we consider them like a part of a psychopathic personality or just like a violent behaviour. Moreover, bullying and child violence toward their ascendants are emerging problems, we can see these cases in our offices, therefore, we have to understand and act on them. Training programs for parents or families are the best treatments.

It is important to establish some selection criteria or courses of action for the management of these type of behaviour. It is the Primary Care Pediatrics a privileged space where we can suspicious and detect these cases early.

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

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

Pediatr Integral 2017; XXI (4): 254–260

Introducción

Problemas conceptuales: Definición de agresividad y violencia

Según la OMS, la violencia es: el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar: lesiones, muerte, daños

psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La violencia⁽¹⁾ comprende, tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados, cubriendo una amplia gama de actos que van más allá del acto físico, incluyendo las amenazas e intimidaciones.

Un joven puede ser violento, al igual que un huracán; pero solo los animales, los primates 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 esta, 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 agresividad puede ser un síntoma propio de un trastorno o un síntoma asociado, siendo el trastorno de la conducta y el comportamiento anti-

social asociado, el problema mental y de comportamiento más común en niños y jóvenes (Tabla I). Dicha problemática tiene un gradiente pronunciado de clase social, con un aumento de tres a cuatro veces en la prevalencia en las clases sociales más desfavorecidas. Existe un círculo o conexión entre haber sufrido agresión y la evolución a ser sujeto agresor, siendo un factor determinante, en muchos casos, para el desarrollo de este tipo de problemáticas social y de salud.

Epidemiología

Existe una disminución objetiva en los últimos años de los delitos cometidos por menores, aunque es emergente la realización de estos contra sus ascendientes. El acoso escolar es una manifestación de violencia entre iguales. Hay un 3,8% de acosados y un 2,4% de acosadores. Pero también la agresión hacia los profesores es un problema que preocupa socialmente.

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, señala que el 98,8% de los jóvenes realizan algún acto antisocial o delictivo alguna vez en su vida en España 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 “solo” 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?

La tasa de menores de 14 a 17 años condenados por cada 1.000 habitantes de ese mismo rango de edad fue de 7,9, según indica el INE, en la nota de prensa de 22 de septiembre de 2016. Y hay una tendencia descendente en los últimos años (Fig. 1). Tienen un claro predominio en los varones, 79,7% de los menores condenados y el 20,3% mujeres.

Síntoma propio del cuadro	Síntoma asociado, indirecto
- Trastorno de conducta o disocial	- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Trastorno negativista desafiante	- Trastorno por abuso de sustancias
- Trastorno explosivo intermitente	- Trastorno del humor (bipolar, depresión)
- Trastorno por intoxicación y abstinencia de sustancias	- Trastorno de ansiedad (TEPT, TEA, fobia, TOC)
- Trastorno de personalidad disocial	- Trastorno psicótico
- Trastorno de personalidad “límite”	- Trastorno autista
- Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo	- Retraso mental
	- O problemas orgánicos cerebrales, como epilepsia u otros

En la Memoria de la Fiscalía General del Estado del año 2016, se señala que las cifras de violencia doméstica hacia ascendientes y hermanos, un año más, se mantienen, en este caso con un ligero aumento, ya que se ha pasado de 4.753 procedimientos en 2014 a 4.898 en 2015, señalándolo como un problema social de una magnitud que desborda el ámbito de la jurisdicción, pues es el resultado de un modelo educativo fracasado, carente de pautas de autoridad y de valores definidos.

Otra de las conductas que ha tenido mayor repercusión social de la violencia entre iguales es el acoso escolar⁽²⁾. Siguiendo los criterios más rigurosos, el porcentaje de víctimas de acoso detectado en este estudio es de un 3,8% y el porcentaje de acosadores de un 2,4%.

Pero se habla de una horquilla entre 9-54% en estudios internacionales⁽³⁾.

Los porcentajes más elevados se observan de nuevo en el maltrato de tipo psicológico: el 4,3%, reconoce participar frecuentemente en “hablar mal” y el 3,8% en “insultar u ofender”.

Entre el 1,1% y el 0,2% del alumnado informa haber sido a menudo o muchas veces víctima de grabaciones u otras formas de acoso con nuevas tecnologías.

Pero el comportamiento disruptivo también es el problema más frecuente que dice sufrir “a menudo o muchas veces” el 21,6% del profesorado, mientras que solo reconoce participar en dichas situaciones el 4,1% del alumnado. El 1,5% del profesorado indica haber sufrido con frecuencia insultos por parte

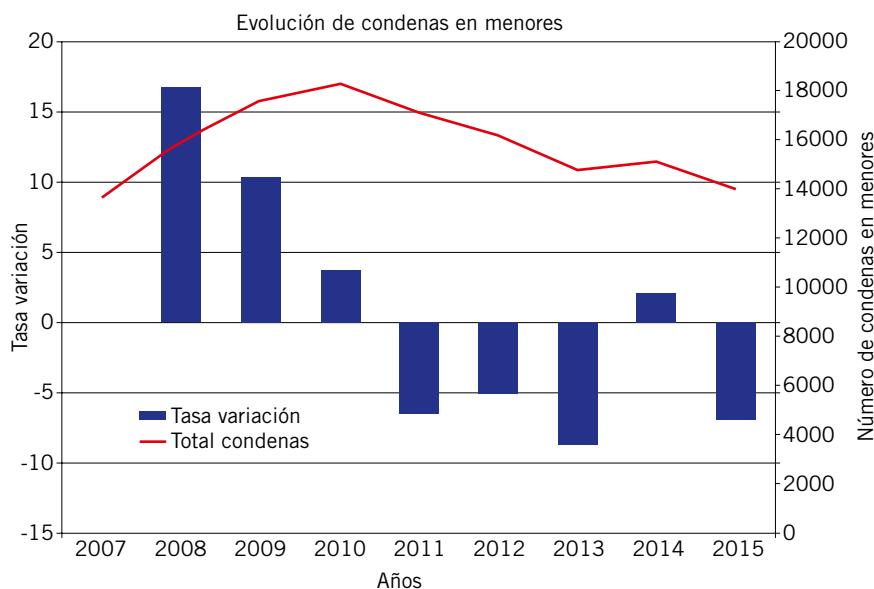


Figura 1. Evolución de las condenas en menores.

del alumnado y un 0,1% agresiones físicas (cifra que sube al 0,6% si se suma la categoría “a veces”). En la más extrema, la agresión física, el 4,1% del alumnado dice haber participado (sumando todas las categorías de respuesta) frente al 0,6% del profesorado que dice haberlas sufrido.

Aspectos clínicos

La evaluación del cuadro debe orientar hacia alternativas realistas y, en lo posible, con diferentes alternativas de intervención. Es preciso implicar, tanto al niño o joven como a la familia en la toma de decisión.

Como médicos, debemos abordar específicamente los problemas o trastornos habitualmente relacionados con la conducta agresiva: trastornos externalizantes (disociales, el negativismo desafiante y el TDAH como los más frecuentemente relacionados), y los trastornos internalizantes (trastornos depresivos y el controvertido trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo).

El pediatra de Atención Primaria, acostumbrado a curar, va a tratar con premura y generalmente 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 sino 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, deberá tener criterios de respuesta que para los trastornos de conducta y, según la guía NICE⁽⁴⁾, son:

- En relación con la evaluación: las conductas presentes y la experiencia previa, intervenciones y contactos con los servicios realizadas previamente, la naturaleza, gravedad y duración del (de los) problema(s), el impacto del trastorno en el rendimiento educativo, la presencia de problema crónico de salud física comórbidos y cualquier factor social o familiar que pueda tener un papel en el desarrollo o mantenimiento del (de los) problema(s) identificado(s) o cualquier otra circunstancia específica.

- Y en relación con la intervención o tratamiento: plantear y discutir las posibilidades con el niño o joven y con padres o cuidadores, proporcionando información sobre la naturaleza, el contenido y la duración de cualquier intervención propuesta, su aceptación y tolerancia. Incluye el posible impacto de las intervenciones para cualquier otro comportamiento o salud mental y las consecuencias de la continuación de la prestación de las actuales intervenciones. En dicho proceso hay que tener en cuenta las preferencias del niño o del joven y, en su caso, sus padres o cuidadores al elegir entre una variedad de intervenciones.

El trastorno de conducta o disocial

No debemos hablar en la infancia de psicopatía, sino de rasgos psicopáticos. En la nueva clasificación DSM-5, existe el especificador del trastorno de conducta de “con emociones prosociales limitadas”. 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 estas conllevan.

Los trastornos de conducta se caracterizan por patrones repetitivos y persistentes de conducta antisocial, agresiva o desafiante, que equivale a violaciones significativas y persistentes de expectativas sociales apropiadas para la edad. La clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento de la Organización Mundial de la Salud divide los trastornos de conducta en: trastornos de conducta socializados, trastornos de conducta no socializados, trastornos de conducta confinados al contexto familiar y trastorno desafiante de oposición.

Las conductas agresivas en los primeros años de la escuela y los problemas conductuales en la infancia media son predictores tanto de la delincuencia como de problemas conductuales en la adolescencia^(5,6). 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). Detectar y atender estas situaciones en la infancia es una responsabilidad también del pediatra.

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^(7,8), procurando en estos casos hablar más de rasgos psicopáticos que de psicopatía⁽⁹⁾. En la clasificación DSM-5, se ha incorporado el especificador que corresponde a ese perfil de sujetos “con emociones prosociales limitadas”.

Para valorar la presencia del especificador “con emociones prosociales limitadas” es preciso que el individuo haya presentado, por lo menos, dos de las siguientes características de forma persistente (no solamente episodios ocasionales), en varios contextos (por lo que se necesitan varias fuentes de información) y durante, al menos, doce meses, que incluyen:

- Falta de remordimientos o culpabilidad: no se siente mal ni culpable cuando hace algo malo (no cuentan los remordimientos que expresa solamente cuando le sorprenden o ante un castigo).
- El individuo muestra una falta general de preocupación sobre las consecuencias negativas de sus acciones. Por ejemplo, el individuo no siente remordimientos después de hacer daño a alguien ni se preocupa por las consecuencias de transgredir las reglas.
- Insensible, carente de empatía: no tiene en cuenta ni le preocupan los sentimientos de los demás. Este individuo se describe como frío e indiferente. La persona parece más preocupada por los efectos de sus actos sobre sí mismo que sobre los demás, incluso cuando provocan daños apreciables a terceros.
- Despreocupado por su rendimiento: no muestra preocupación respecto a un rendimiento deficitario o problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes. El individuo no realiza el esfuerzo necesario para alcanzar un buen rendimiento, incluso cuando las expectativas son claras, y suele culpar a los demás de su rendimiento deficitario.
- Afecto superficial o deficiente: no expresa sentimientos ni muestra emociones con los demás, salvo de una forma que parece poco sentida,

poco sincera o superficial (p. ej., con acciones que contradicen la emoción expresada; puede “conectar” o “desconectar” las emociones rápidamente) o cuando recurre a expresiones emocionales para obtener beneficios (p. ej., expresa emociones para manipular o intimidar a otros).

Las diferencias clínicas, la variabilidad documentada en la evolución, el impacto de los factores psicosociales son prometedores para la prevención e intervención.

También, es frecuente asociar el término de psicópata con el de delincuente; si bien, no todos los delincuentes son psicópatas y no todos los psicópatas están reconocidos e identificados socialmente como tal.

No todos los trastornos de conducta van a evolucionar igual, así hay descriptos⁽¹⁰⁾: cuadros crónicos de aparición temprana, los limitados a la infancia, los de inicio adolescente, cuadros moderados y leves. Las diferencias clínicas, la variabilidad documentada en la evolución, el impacto de los factores psicosociales son prometedores para la prevención e intervención, frente a los posicionamientos que plantean la estabilidad absoluta de estos cuadros.

Trastorno negativista desafiante (TND) y otros

La distinción principal entre el trastorno desafiante de oposición y los otros subtipos de trastorno de conducta es la extensión y severidad del comportamiento antisocial. Los actos antisociales o criminales aislados no son suficientes para apoyar un diagnóstico de trastorno de conducta o trastorno desafiante de oposición. El trastorno desafiante de oposición es más común en niños de 10 años o menos. Los otros subtipos de trastorno de conducta son más comunes en los mayores de 11 años.

Lo característico del trastorno es que los problemas se presentan con la autoridad (padres, profesores, etc.) sin que haya habitualmente dificultades con iguales. El trastorno negativista desafiante (TND) se presenta con cierta frecuencia en los niños y jóvenes, en muchas ocasiones de forma comórbida y precediendo a los trastornos de conducta, el abuso de sustancias y graves conductas delictivas.

Hay procesos a la edad de 2-5 años donde 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 negativista desafiante forma parte en la DSM-5 de los trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta, al igual que el trastorno explosivo intermitente y el trastorno de conducta. Sin embargo, el trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, con múltiples síntomas comportamentales, se incluye dentro de los trastornos afectivos. El TND y el de desregulación perturbador del estado de ánimo son diagnósticos excluyentes. Pero ambos con síntomas nucleares centrados en el comportamiento. Así, el primer criterio de la desregulación perturbadora del estado de ánimo, se describe como: accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

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

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 disocial o el trastorno negativista desafiante.

Hay una mejora en el diagnóstico y el tratamiento del TDAH, pero hay una opinión mediática e incluso en el discurso científico, que señala un posible sobrediagnóstico y una prescripción inapropiada. Esto se justifica por el incremento de la prescripción de metilfenidato del 2002 hasta 2009⁽¹¹⁾: para el grupo de edad 5-18 años, aumentó en 19 de 0,64 DDD/1.000 habitantes/día a 12,0 DDD/1.000 habitantes/día; y para toda la población, aumentó en 18 de 0,08 DDD/1.000 habitantes/día a 1,42 DDD/1.000 habitantes/día.

Pero con dichos datos se estaría en el 1,2% de los TDAH tratados, frente al 5-7% de prevalencia⁽¹²⁾, por lo que no está adecuadamente acreditado dicha afirmación de sobrediagnósticos y sobretamientos.

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⁽¹³⁾.

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⁽¹⁴⁾. 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, puede reducir el riesgo de trastorno por uso de sustancias en los pacientes con TDAH^(15,16).

En el TDAH, se ha observado una alta relación entre trastorno por estrés postraumático 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.

Problemas emergentes

La agresión intrafamiliar hacia los ascendientes

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

También denominada violencia filio-parental. Una de las definiciones más completas es la de Aroca⁽¹⁷⁾

que define la violencia filio-parental como: “aquella en la que el hijo o hija actúa intencional y conscientemente con el deseo de causar daño, perjuicio o sufrimiento a sus progenitores, de forma reiterada a lo largo del tiempo, y con el fin inmediato de obtener poder, control y dominio sobre sus víctimas para conseguir lo que desea, por medio de la violencia psicológica, económica o física”. Otros autores⁽¹⁸⁾ definen 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.

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 solo no se hacen respetar, sino que menoscaban la autoridad de los maestros, la policía o de otros ciudadanos cuando en defensa de la convivencia reprenden a sus descendientes.

El acoso escolar

El acoso escolar puede tomar muchos comportamientos. En el cuestionario de Bullying de Olweus⁽³⁾, vienen recogidas las 9 vías más comunes:

1. La intimidación verbal incluyendo comentarios despectivos y malos nombres.
2. La intimidación a través de la exclusión social o el aislamiento.
3. La intimidación física, tales como golpear, patear, empujar y escupir.
4. La intimidación a través de mentiras y falsos rumores.
5. Obtener dinero de la extorsión (extorsión económica) o sustracción de cosas o daños en las mismas por los acosadores.
6. Ser amenazado o ser forzado a hacer cosas por los estudiantes que intimidan, como en los contratos de esclavos.
7. La intimidación racial.
8. El acoso sexual.
9. El acoso cibernético (por teléfono o Internet).

Pero, para hablar de “acoso”, es preciso que incluyan los 3 componentes:

- 1) El comportamiento agresivo, que involucra acciones negativas no deseadas.
- 2) Un patrón de comportamiento que se repite en el tiempo.
- 3) Un desequilibrio de poder o fuerza.

Medidas de intervención con los menores violentos

El marco de intervención, incluye: la familia, los servicios de salud, los centros educativos y los servicios sociales. Hay que ampliar la cartera de servicios ofreciendo programas grupales e individuales.

Siempre es adecuado y conveniente la mejora en la competencia personal, debe conocer el marco legal, y asegurarse de que recibe cuidado por un profesional, evitando el paso de un profesional a otro de forma innecesaria, eludiendo concatenar exploraciones múltiples.

El marco de intervención incluye: la familia, los servicios de salud, los centros educativos y los servicios sociales, siendo la intervención multimodal en diferentes entornos y ambientes con una base cognitivo-conductual la recomendada.

En la guía NICE para los trastornos de conducta⁽³⁾, se proponen las siguientes intervenciones:

- Entrenamiento de grupo de padres para niños de 3 a 11 años, en grupo o individual, pero separando los casos complejos.
- Entrenamiento para cuidadores de centros de menores, para menores de 3 a 11 años.
- Programas focalizados en los chicos en edades de 9 a 14 años.
- Los tratamientos multimodales para los de 11 a 17 años.
- Los tratamientos psicofarmacológicos:
 - Plantearse metilfenidato o atomoxetina, para el tratamiento del TDAH asociado.
 - Considerar la risperidona para el manejo a corto plazo de los pacientes severamente agresivos, con explosiones de cólera y desregulación emocional severa y que no han respondido a las intervenciones psicosociales.

La intervención en la agresión intrafamiliar ascendente

La separación del entorno es una medida que puede ayudar al manejo de la violencia intrafamiliar ascendente. Pero hay pocas alternativas en la actualidad y poco apoyo social sin denunciar.

Cuando este problema se presenta es preciso ayudar a los padres, siendo conscientes de que cuando un menor tenga menos de 14 años y cometa un delito de estas características, la exención de responsabilidad penal por la edad penal en España, no supone una inhibición del sistema de protección y de intervención social⁽¹⁹⁾.

Es necesario conocer y coordinarse con los sistemas de intervención social de cada zona⁽²⁰⁾, especialmente los servicios de protección de menores, aunque se hayan desbordados con un incremento de las adopciones internacionales, puedan estar excesivamente burocratizados y no ofrezcan siempre alternativas.

Es preciso desarrollar programas para trabajar sobre la violencia intrafamiliar ascendente.

En la circular 1/2010, de la Fiscalía General del Estado, sobre el tratamiento del sistema juvenil de los malos tratos de los menores contra sus ascendientes, se recogen como las medidas más adecuadas: la convivencia en grupo familiar o educativo, libertad vigilada o alejamiento y el tratamiento terapéutico de tipo ambulatorio. Lamentablemente, estas medidas solo se producen cuando hay una denuncia. Existiendo pocas posibilidades de intervención previas.

Pero hay proyectos que recogen diversos programas sobre esta problemática, como el proyecto paneuropeo (<http://www.rcpv.eu/es/>) de violencia filio-parental que ofrece recursos de intervención que se utilizan actualmente en otros países, especialmente:

1. Programa *Break 4 Change*. Consta de dos grupos que funcionan en paralelo: uno para padres/tutores y el otro para jóvenes. En el grupo, permite explorar nuevas ideas y permite explorar nuevas formas de relacionarse los unos con los otros. En las sesiones para padres, se aborda: la parentalidad, la magni-

tud del abuso en el ámbito familiar y la repercusión familiar. La posibilidad de compartir experiencias con otros padres y madres permite que la dinámica de aislamiento y vergüenza se rompa. Las sesiones para jóvenes combinan una parte formativa, seguida de una parte creativa. La parte creativa utiliza la composición de letras de canciones, la música rap y el trabajo fílmico para incorporar el progreso, profundizar la reflexión y crear empatía. La parte creativa del programa es una herramienta potente que permite mejorar la concienciación y percepción de los participantes y efectuar e incorporar cambios. La videograbación es una herramienta para permitir el diálogo y el aprendizaje entre los padres y jóvenes que trabajan en grupos separados.

- Y el programa de *Non Violent Resistance* o de «Resistencia no violenta» plantea líneas de investigación en este campo. En este caso, la intervención terapéutica solo es con los padres, sin necesidad de trabajar directamente con el menor. No se trata de recuperar el control parental o el cambio en el comportamiento del hijo o hija como la de promover un cambio en la relación entre el padre/madre y su hijo, en el comportamiento de los padres y en aumentar su presencia positiva en la vida de su hijo. La forma de ejercer la autoridad es un elemento esencial para que pueda ser aceptable.

La intervención en el acoso escolar

Aumentar la visibilidad del problema de la violencia y su reconocimiento va a permitir la búsqueda de soluciones.

Ampliar los sistemas de reconocimiento y canalizar estas demandas, es una de las primeras medidas. Recientemente, se dispone de nuevos sistemas de notificación y son una herramienta indispensable en la lucha contra el acoso escolar, donde se dispone de un teléfono 900 018 018; telegrama 600 909 073 (para personas con discapacidad auditiva) y skype acosoescolar (para personas con discapacidad).

Pero, además de notificar, cuando la conducta agresiva está presente y acu-

den a consulta con esta demanda ¿qué podemos hacer?

Los programas como el Kiva finlandés se centran más en el trabajo con los observadores que con las víctimas y agresores. Produciendo un cambio de enfoque que ha dado amplios resultados en diversos países donde se está aplicando.

Reflexiones finales y conclusiones

- Las conductas violentas y agresivas están presentes en la sociedad y en los jóvenes y no siempre son patológicas, pero pueden ser la expresión de un amplio grupo de problemáticas.
- Las conductas delictivas y los incumplimientos normativos están muy extendidos entre los jóvenes, pero hay una tendencia descendente en los últimos años en su prevalencia.
- La violencia intrafamiliar hacia los ascendientes y los problemas de convivencia entre iguales en el ámbito escolar, con el acoso escolar, son problemas con gran repercusión social.
- 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 uno de los objetivos a abordar en los programas de prevención del pediatra.
- Es preciso abordar el TDAH y el TND siguiendo los protocolos de atención y realizando la intervención, ya que es una buena forma de prevenir los problemas de conducta posteriores.
- No hay que olvidar los trastornos depresivos o el nuevo y controvertido, trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, con un marcado componente conductual, aunque con una base emocional.
- 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.

- Es preciso ampliar la cartera de servicios para atender estos problemas con intervenciones grupales y programas específicos. Hoy poco disponibles.
- Hay programas estructurados, como por ejemplo: “Break 4 Change” y “Resistencia no violenta”, que pueden orientar el desarrollo de iniciativas locales que son necesarias desarrollar y que sería preciso coordinar entre servicios sanitarios, sociales y educativos.
- La visibilización del problema del acoso escolar y la ampliación de los sistemas de reconocimiento es una de las primeras medidas, pero es preciso luego canalizar estas demandas. Programas centrados en los cambios de actitud de los observadores de las conductas de acoso han dado resultados positivos.

Bibliografía

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

- Global status report on violence prevention 2014. World Health Organization 2014. (www.who.int).
- Estudio estatal sobre la convivencia escolar en la Educación Secundaria Obligatoria. Ministerio de Educación. Secretaría General Técnica Subdirección General de Documentación y Publicaciones, 2010.
- ** Kim Sk, Kim NS. Pediatrician role in youth violence Korean J Pediatr. 2013; 56: 1-7.
- Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management (CG158). National Institute for health and Clinical Excellence (NICE, 2013).
- 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. Oxford University Press, New York, 2009.
- Loebe R, Stouthamer-Loeber M. Prediction. In Quay C. Handbook of juvenile delinquency. John Wiley & Sons, New York 1987.
- 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.
- Gao Y, Glenn A, Schug R, Yang Y, Raine A. The Neurobiology of Psycho-

- pathy: A Neurodevelopmental Perspective. *Can J Psychiatry*. 2009; 54: 813-23.
- 9.*** 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.
10. Byrd AL, Hawes SW, Loeber R, Pardini DA. Interpersonal Callousness from Childhood to Adolescence: Developmental Trajectories and Early Risk Factors. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2016; 21: 1-16.
11. Treceño C, Martín Arias LH, Sáinz M, Salado I, García Ortega P, Velasco V, et al. Trends in the consumption of attention deficit hyperactivity disorder medications in Castilla y León (Spain): changes in the consumption pattern following the introduction of extended release methylphenidate. *Pharmacoeconomics and drug safety*. 2012; 21: 435-41.
12. 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.
- 13.** 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 N° 2007/18.
14. Kollins SH. ADHD, substance use disorders, and psychostimulant treatment: current literature and treatment guidelines. *Journal of Attention Disorders*. 2008; 12: 115.
15. Graham J, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Dittmann RW, et al. European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 20: 17-37.
16. Elkins IJ, 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: 1145-52.
17. Aroca, C. La violencia filio-parental: una aproximación a sus claves. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. 2010.
- 18.*** Gesteira C, González-Álvarez M, Fernández-Arias I, García-Vera MP. Programa de adolescentes que agreden a sus padres (P.A.P.): una propuesta específica para el tratamiento de problemas de conducta en el ámbito familiar. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*. 2009; 9: 99-147.
- 19.** Informes, estudios y documentos del Defensor del Pueblo. Centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social (2009).
- 20.*** de Paül Ochotorena J. La intervención psicosocial en Protección infantil en España: Evolución y perspectivas. *Papeles del Psicólogo*. 2009; 30: 4-12.
21. Imaz Roncero C, Gonzáles Gallegos KG, Geijo Uribe MS, Higuera González MBN, Sánchez Lorenzo I. Violencia en la adolescencia. *Pediatr Integral*. 2013; XVII(2): 101-8.
- Informe de las Naciones Unidas que recoge el estado de la situación de la violencia interpersonal.
- Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management (CG158). National Institute for health and Clinical Excellence (NICE, 2013).
- Las guías NICE son un clásico de la medicina de la evidencia y donde se recoge una revisión para la evaluación y el tratamiento. Es recomendable para asentar y aclarar puntos básicos para la comprensión y abordaje de esta problemática.
- 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.
- Gesteira C, González-Álvarez M, Fernández-Arias I, García-Vera MP. Programa de adolescentes que agreden a sus padres (P.A.P.): 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.
- Kim SK, Kim NS. Pediatrician role in youth violence *Korean J Pediatr*. 2013; 56: 1-7.
- Aborda el papel del pediatra en la prevención y acción contra el acoso y la violencia escolar. Describe las características de los niños acosados y acosadores y la intervención.
- Byrd AL, Hawes SW, Loeber R, Pardini DA. Interpersonal Callousness from Childhood to Adolescence: Developmental Trajectories and Early Risk Factors. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2016; 21: 1-16.
- Describe las trayectorias en los niños y adolescentes con rasgo de insensibilidad personal.

Bibliografía recomendada

- Global status report on violence prevention 2014. World Health Organization 2014. (www.who.int).

Caso clínico

Paciente que recientemente acaba de cumplir 14 años y ha sido atendido en Servicio de Urgencias por un gesto autolítico que se presenta a raíz de una discusión con su madre, se encierra en la habitación y se realiza cortes. Al parecer discuten a raíz de que la madre le acusa de haber fumado porros. Padres separados hace años y convive con la madre y la pareja actual de la madre, con la que tiene muy mala relación. Consume porros de forma habitual y no hace crítica del consumo, aunque había llegado a un pacto con la madre para no consumir, ahora dice que solo se comprometió para que le dejara en paz. Considera injusto

el trato recibido por su madre y su pareja y ha llegado a enfrentarse y a fracturarle la nariz a la pareja de la madre, pero no hace crítica sobre dicho comportamiento, incluso lo justifica por ese trato injusto. Todos le tienen miedo y llevan, al menos, 2 años en esta situación, habiendo consultado con varios profesionales, pero los abandona, porque no considera preciso acudir. Aunque tiene la opción de irse a vivir con su padre, el paciente demanda quedarse en casa de la madre, porque considera que su habitación es su casa, donde puede trabajar y donde necesita que le dejen en paz.



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar “on line” a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.

La conducta violenta en la adolescencia

17. En relación a la violencia en la adolescencia, señala la respuesta FALSA:

- Los actos delictivos son infrecuentes en la adolescencia.
- En la actualidad, hay una disminución de los problemas delictivos en este grupo de edad.
- La violencia doméstica hacia ascendientes y el acoso escolar son problemas emergentes.
- Hay más víctimas de acoso escolar que acosadores.
- Los problemas en la convivencia escolar no se limitan al acoso escolar.

18. La intervención del pediatra en los problemas de comportamiento en los niños y adolescentes debe centrarse en lo siguiente, SALVO:

- Las conductas en ese momento, la experiencia previa y las intervenciones realizadas.
- La repercusión en el rendimiento educativo.
- La comorbilidad o problemas físicos comórbidos.
- Promover todos los contactos o posibilidades de intervención.
- Implicar al niño o joven con la decisión.

19. Señala la respuesta INCORRECTA sobre los trastornos de conducta:

- Se caracterizan por patrones repetitivos y persistentes de

conducta antisocial, agresiva o desafiante que equivale a violaciones significativas y persistentes de expectativas sociales apropiadas para la edad.

- La DSM-5 divide los trastornos de conducta en: trastornos de conducta socializados, trastornos de conducta no socializados, trastornos de conducta confinados al contexto familiar y trastorno desafiante de oposición.
- La distinción principal entre el trastorno desafiante de oposición y los otros subtipos de trastorno de conducta es la extensión y severidad del comportamiento antisocial.
- El especificador “con emociones prosociales limitadas” incluye las siguientes características: falta de remordimientos o culpabilidad; insensible, carente de empatía; despreocupado por su rendimiento y afecto superficial o deficiente.
- 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).

20. En relación especificador “con emociones prosociales limitadas” del trastorno de conducta, señala la característica ERRÓNEA:

- Falta de remordimientos o culpabilidad.
- El individuo muestra una falta general de preocupación sobre

las consecuencias negativas de sus acciones.

- Insensible, carente de empatía.
- Preocupado por su rendimiento.
- Afecto superficial o deficiente.

21. Para el manejo de los trastornos de conducta se proponen los siguientes abordajes, SALVO:

- Entrenamiento de grupo de padres para niños de 3 a 11 años, en grupo o individual, pero separando los casos complejos.
- Metilfenidato o atomoxetina, para el tratamiento del TDAH asociado.
- Programas focalizados en los chicos en edades de 9 a 14 años.
- Los tratamientos multimodales para los de 11 a 17 años.
- La risperidona para el manejo a largo plazo de los pacientes severamente agresivos, con explosiones de cólera y desregulación emocional severa y que no han respondido a las intervenciones psicosociales.

Caso clínico

22. El manejo en Urgencias del caso debe ser un objetivo prioritario, SALVO:

- La evaluación del gesto autolítico, incluyendo otras posibilidades autolesivas.
- No se podría dar el alta hasta que se haya hablado con ambos padres.

- c. No se deben olvidar las lesiones y/o cortes realizados y la repercusión física y psicológica que pueda tener para su atención.
- d. Evaluar la implicación con el consumo de sustancias que ha realizado.
- e. Determinar si el riesgo autolítico es alto y recomendar en su caso el ingreso en Unidad de hospitalización.

23. El paciente reconoce que ha hecho el gesto autolítico de forma voluntaria para manipular o fastidiar al entorno. Señala lo FALSO:

- a. La evaluación del gesto incluye la posibilidad de autointoxicación, porque no está claro que no haya tomado pastillas mientras estuvo en su habitación.
- b. Los gestos autolíticos con intención de manipular o fastidiar al entorno son peligrosos para la vida.
- c. Aunque el paciente niega sintomatología depresiva y niega la existencia de problemas, no se puede descartar un proceso afectivo de base.
- d. El gesto autolítico se produce en el contexto de una dinámica

ambiental con alta agresividad, siendo una forma más de agresión en el contexto familiar.

- e. No hay posibilidad de ganancias secundarias.

24. El DIAGNÓSTICO diferencial en este caso comprende:

- a. Trastorno antisocial de la personalidad.
- b. Trastorno de conducta.
- c. TND.
- d. Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.
- e. Trastorno por uso de cánnabis.