

El adolescente violento

P.J. Rodríguez Hernández

Pediatra acreditado en Psiquiatría Infantil (AEP) y Psicólogo. Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa". Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife. Profesor Asociado de Psiquiatría. Universidad de La Laguna



Resumen

Se puede utilizar como definición de violencia, la presencia de comportamientos graves y extremos realizados con la intención de producir daño físico y/o psicológico a otras personas. La fenomenología de la violencia en la adolescencia es compleja, debido a que intervienen múltiples factores de naturaleza individual, social y cultural. De manera global, la violencia entre personas supone la quinta causa de muertes en este grupo de edad, lo que significa el 10% de las muertes de los adolescentes. La detección precoz mejora el pronóstico y reduce la comorbilidad. Es necesaria la intervención mediante estrategias multidisciplinarias. Las evaluaciones de los programas de prevención han demostrado su eficacia en la reducción de la violencia. Para obtener unos resultados positivos, las intervenciones se deben realizar lo antes posible.

Abstract

By violence, we refer to serious and extreme behavior that is intended to cause physical and/or psychological harm to another person. The phenomenon of adolescent violence is complex since it involves multiple factors of individual, social and cultural nature. Globally, interpersonal violence represents the fifth cause of death in this age group and accounts for more than one-tenth of adolescent deaths. Early detection improves the prognosis and reduces morbidity. A multidisciplinary approach is required. The evaluations of prevention programs demonstrate their effectiveness in reducing violence. For treatment to be successful, it must be started as early as possible.

Palabras clave: Niños; Pediatría; Salud mental; Violencia juvenil; Salud adolescente.

Key words: Children; Pediatric; Mental health; Youth violence; Adolescent health.

OBJETIVOS

- Saber cuáles son los factores de riesgo y vulnerabilidad para detectarlos precozmente y poder intervenir sobre ellos.
- Entender las características psicológicas y los rasgos psicopáticos que están presentes en un adolescente violento.
- Aprender los trastornos mentales del adolescente que se relacionan con más frecuencia con conductas violentas.
- Evaluar los programas de prevención de la violencia en la adolescencia, para seleccionar los más adecuados en la práctica diaria.

Introducción

La prevalencia de la conducta violenta en la adolescencia es muy elevada.

La Organización Mundial de la Salud ha identificado a la violencia como uno de los problemas más relevantes en salud pública, debido a

las implicaciones sobre el bienestar físico y mental de las personas. La violencia es muy prevalente en nuestra sociedad. Los datos reflejan que se desarrolla con más frecuencia entre conocidos, amigos y familiares. También, que es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes y está muy relacionada con variables socioeconómicas y existencia de factores de riesgo o vulnerabilidad (p. ej., es más frecuente en hombres jóvenes que viven en ciudades y que tienen un nivel económico bajo)⁽¹⁾.

La violencia en la adolescencia se refiere a comportamientos que tienen que ver con una confrontación directa con otros, con la intención de producir daño (insultos, golpes), pero también cuando el objetivo es dañar el círculo social de la víctima o la percepción que dicho círculo tiene de la persona (difundir rumores, exclusión social). Numerosos autores diferencian la violencia (solo daño físico importante) de la

agresividad (daño, no solo físico y menos extremo). En la presente revisión no se va a realizar dicha distinción a efectos prácticos⁽²⁾.

Es difícil establecer un modelo estratificado o una clasificación, debido a que se ha demostrado la ausencia de límites en su expresividad; por ejemplo, la violencia sexual, la racial o por diferencias ideológicas, está relacionada con otras formas de violencia en distintos contextos (familiar, social, comunitario o escolar) y también con la ejercida en distintos formatos virtuales (Internet, redes sociales). Además, existe alta asociación con consumo de alcohol y drogas, así como con estados mentales de depresión, ansiedad o baja autoestima⁽³⁾.

Por estos motivos, puede ser más útil la clasificación de la violencia del adolescente según su patrón formal. En este sentido, se han identificado 4 patrones: 1. **Patrón situacional:** la violencia se genera en situaciones en que los

factores contextuales favorecen su aparición. Puede seguir un formato temporal (p. ej., se ha comprobado que la violencia aumenta exponencialmente los fines de semana) o depender de cualquier variable que sea un factor de riesgo (p. ej., la violencia aumenta cuando hay una “ola de calor”, cuando hay consumo de alcohol o mayor disponibilidad de drogas en el tráfico callejero). Esas situaciones exacerban la predisposición individual o hacen que aumente la gravedad de la conducta.

2. **Patrón relacional:** es el más prevalente. Se manifiesta a partir de conflictos interpersonales entre conocidos, amigos o familiares. En algunos casos puede ser un incidente aislado o repetirse periódicamente. En este patrón se sitúa la violencia en la pareja o las agresiones de hijos a sus padres. Algunos estudios refieren que hasta el 25% de los adolescentes han presentado conductas violentas dentro de un patrón relacional. Se establece en función de la relación entre características psicológicas y sociales.
3. **Patrón predador:** se produce de manera intencionada para obtener algún tipo de ganancia o es parte de un conjunto de conductas antisociales o criminales. En la mayoría de las ocasiones, la violencia predadora tiende a la cronificación. Se desarrolla en las primeras etapas de la adolescencia y se desarrolla lentamente. Un ejemplo es la violencia que generan las bandas organizadas. Depende de la interacción de múltiples factores de riesgo y responden a estrategias de prevención mediante intervención intensiva sobre esos factores de riesgo.
4. **Patrón psicopatológico:** es el menos frecuente con diferencia, pero las conductas pueden ser muy graves. Los actos violentos suelen repetirse de manera periódica. Es el patrón más dependiente de factores personales psicopatológicos y traducen la existencia de traumas psicológicos importantes.

Los factores de vulnerabilidad o de riesgo también son múltiples, interrelacionados entre sí y difíciles de analizar por separado. Por ello, los estudios que

analizan estas variables son escasos y difíciles de interpretar. Entre los factores del entorno, se ha comprobado que los más importantes son la educación familiar basada en patrones violentos y la asociación grupal de adolescentes que comparten conductas violentas⁽⁴⁾.

Factores de vulnerabilidad y riesgo

La conducta violenta se produce por la interacción de múltiples variables, siendo las más importantes las de vulnerabilidad y riesgo.

Las revisiones que analizan los factores de vulnerabilidad y riesgo concluyen que probablemente concurren múltiples factores interaccionando entre sí para que se pueda desarrollar un comportamiento violento y, además, deben existir unos condicionantes del entorno a modo de facilitadores⁽⁵⁾.

Los factores más estudiados son los que tienen que ver con las características individuales, tales como el bajo funcionamiento cognitivo o el pobre nivel de aprendizaje escolar. También, las relaciones entre iguales no adecuadas o el funcionamiento familiar disfuncional.

Los factores de vulnerabilidad y riesgo pueden anticipar o hacer más frecuente la presentación de la conducta violenta⁽⁶⁾. En la tabla I se detallan algunos de los que se han identificado. Los más importantes son:

- Circunstancias de la concepción, embarazo y perinatales: enfermedades graves de la madre o el feto, conductas y situaciones de riesgo prenatal, como el consumo de drogas y los problemas laborales y ambientales durante el embarazo, prematuridad y sufrimiento fetal.
- Factores genéticos: se conoce que existen factores genéticos implicados en el desarrollo de los trastornos de la conducta. Se ha demostrado el efecto en estudios con gemelos, tanto monocigóticos como dicigóticos. Además, existe un fuerte efecto de interacción entre el factor genético y ambiental, que supone una expresividad más intensa de los síntomas en contextos sociales poco favorecedores.
- Sexo: el sexo es una de las variables más importantes. Se sabe que

entre el 70 y 75% de todos los casos corresponden a varones. Las hipótesis explicativas de este hallazgo son múltiples. Se han mencionado las propias características temperamentales del varón. También, la mayor presencia de enfermedades del desarrollo y psiquiátricas en el sexo masculino, lo que puede incrementar el desarrollo de problemas de comportamiento. Por último, puede tener un importante papel el factor cultural. Se sabe que en algunas culturas en las que no existen diferencias en el trato a varones y mujeres, el porcentaje de problemas tienden a igualarse entre ambos sexos.

- Características de la familia: padres muy jóvenes o muy mayores, conflictos graves y crónicos de pareja, enfermedades crónicas o presencia de trastornos psiquiátricos severos.
- Factores relacionados con los patrones educativos familiares: padres con importantes problemas de tolerancia por las crisis de la infancia y adolescencia, padres que no aceptan la autonomía progresiva de sus hijos.
- Circunstancias socioeconómicas adversas de la familia.
- Problemas con la justicia: adolescentes con medidas judiciales, delincuencia y contactos repetidos con fiscalía de menores.

Las conductas violentas pueden coexistir con distintos problemas, especialmente cuando las conductas son graves y no se ha actuado de manera precoz⁽⁷⁾. Las dos más importantes son los siguientes:

- Consumo de drogas, tóxicos, estupefacientes y otras sustancias: existe asociación entre el consumo de drogas y la violencia. En ocasiones, las transgresiones se producen por la necesidad de la obtención inmediata de la sustancia. Otras veces debido al efecto de las drogas, que puede ser agudo o a las alteraciones mentales que produce su consumo a largo plazo. El ambiente disocial que envuelve al mundo de las drogas es un factor negativo añadido al propio problema.
- Fracaso y absentismo escolares: impide al niño obtener los recursos escolares en la resolución de conflictos. Se pierde la estructuración

Tabla I. Factores de riesgo asociados al desarrollo de conductas violentas

Factores de riesgo	Especificados
Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> – Coeficiente intelectual bajo – Temperamento difícil – Rasgos sociopáticos o psicopáticos – Agresividad alta – Problemas de aprendizaje – Problemas de atención, impulsividad e hiperactividad
Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> – Herencia – Sexo varón – Bajo peso al nacer – Complicaciones prenatales y perinatales – Lesiones y enfermedades cerebrales
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> – Conducta delincuente, disocial o abuso de drogas en los padres – Trastornos psiquiátricos en los padres – Violencia en la familia – Conflictos: abuso físico, sexual y emocional – Disciplina dura, errática o inconsistente – Madre divorciada o soltera – Madre deprimida – Padres jóvenes o mayores
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> – Pobreza – Vivir en barrios con alto índice de criminalidad y desorganización – Amistades que delinquen, consumen drogas o se portan mal – Exposición repetida a la violencia en TV, cine o juegos – Asistir a una escuela con poca disciplina y disfuncional – Rechazo de los pares – Sufrir abusos sexuales – Problemas con la justicia

temporal del ocio y del trabajo y se crea una situación de indisciplina que se traslada al ámbito familiar, con el consecuente empeoramiento de una situación ya de por sí deteriorada.

En cuanto a la evolución, existen variables que permiten predecir un aumento en la probabilidad de persistencia del problema. Una es la edad de inicio. Cuanto antes aparecen las conductas violentas, más probabilidad de que se perpetúen. También existe peor evolución cuando se expresa en varios contextos. Por último, hay que vigilar la frecuencia e intensidad y también la diversidad de las conductas violentas.

Ninguna de estas características, ni otras recogidas en otros estudios son, por sí mismas, predictores del desarrollo presente o futuro de conductas violentas, pues también existen factores personales y sociales de protección que pueden hacer que la evolución sea favorable. Reseñar que la acumulación de factores de riesgo incrementa la probabilidad de su desarrollo.

Características psicológicas del adolescente violento

Las características principales son: baja autoestima, insensibilidad a los resultados de sus acciones y escasa tolerancia a la frustración.

Con independencia de los factores etiológicos, vulnerabilidad o riesgo y de la evolución y expresión o forma de la conducta, las principales características psicológicas de un adolescente que emplea patrones de conducta violenta, a menudo definidas bajo la denominación “rasgos psicopáticos”, son las siguientes⁽⁸⁾:

- Insensibilidad a los resultados de las acciones: pueden ser insensibles, no presentando sentimientos de culpa ni remordimiento. Existe déficit en la integración y valoración del componente emocional de los actos. Es importante descartar problemas familiares que hayan impedido desarrollar un aprendizaje correcto de las emociones que conllevan los actos violentos.

- El adolescente percibe mal las intenciones de los compañeros, interpretándolas como hostiles: en estos casos suele primar la violencia reactiva en detrimento de la espontánea. Es la característica más fácil de controlar, con medidas conductuales y técnicas de modificación del afrontamiento de la realidad.
- Escasa tolerancia a la frustración, con respuestas agresivas ante ella: los requerimientos del entorno han de ser satisfechos de manera inmediata⁽⁹⁾. Existe controversia sobre el papel que desempeñan las nuevas formas de ocio basadas en la inmediatez, especialmente los videojuegos que permiten determinadas formas de adicción, debido a la utilización de reforzadores instantáneos (puntos, pasar de nivel). No se dispone de suficiente evidencia científica para determinar su influencia en los patrones de conducta de niños y adolescentes en la actualidad, pero la utilización generalizada de estas formas de ocio, sin duda, están moldeando la psicología de las “nuevas generaciones”.
- Tendencia a culpar a los compañeros de sus propias disconductas: predomina la mentira en el patrón psicológico. Habitualmente, esta característica se debe a un mecanismo de defensa o a una estrategia de afrontamiento de la realidad. Trasladar la consecuencia del acto a otra persona libera la culpa propia.
- Se acompaña de baja autoestima, a pesar de una apariencia de seguridad y dureza: las interacciones sociales pierden estímulos para establecer una adecuada vinculación emocional. La pérdida de éxito en las acciones retroalimenta negativamente la autoestima en un bucle continuo.
- Bajo rendimiento académico y consumo de drogas: son las consecuencias finales del patrón conductual de violencia. Además, por sí mismo pueden incrementar las respuestas violentas reactivas y explosivas.

Trastornos psiquiátricos y violencia

El trastorno psiquiátrico que se asocia con más frecuencia a la violencia en la adolescencia es el trastorno disocial.

Existen varios trastornos que pueden manifestar conductas violentas. Los más prevalentes son el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y el Trastorno Negativista Desafiante (TND), generalmente asociados a cuadros de media o larga evolución, carencias de intervención terapéutica⁽¹⁰⁾; pero el más asociado a las expresiones de violencia, es el Trastorno de Comportamiento o Trastorno Disocial (TD). Las manifestaciones clínicas del TD se sustentan en un patrón de conducta persistente y recurrente no adaptado a las normas sociales de su edad y que viola los derechos de los demás. Además, se pueden producir agresiones a personas y animales, destrucción de la propiedad, robos y transgresiones graves de las normas sociales. En la tabla II se muestran los criterios diagnósticos.

Los trastornos del comportamiento pueden coexistir con distintos problemas, especialmente cuando las conductas son graves y no se ha actuado de manera precoz⁽¹¹⁾. Los más importantes son los siguientes:

- Consumo de drogas tóxicas, estupefacientes y otras sustancias: existe asociación entre el consumo de drogas y el TD⁽¹²⁾. En ocasiones, las transgresiones se producen por la necesidad de la obtención inmediata de la sustancia. Otras veces, debido al efecto de las drogas, que puede ser agudo o a las alteraciones mentales que produce su consumo a largo plazo.
- Fracaso y absentismo escolares: impide al adolescente obtener los recursos escolares en la resolución de conflictos. Se pierde la estructuración temporal del ocio y del trabajo y se crea una situación de indisciplina que se traslada al ámbito familiar, con el consecuente empeoramiento de una situación ya de por sí deteriorada.

Tratamiento farmacológico

Los fármacos más utilizados son el metilfenidato y la risperidona.

Los psicofármacos se utilizan para disminuir los síntomas, no para tratar la causa que los produce. Se deben utilizar dentro de una estrategia integral que incluye: intervención médica, psi-

Tabla II. Criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno disocial

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otro, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de, por lo menos, tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

Agresión a personas y animales:

1. A menudo acosa, amenaza o intimida a otros
2. A menudo inicia peleas
3. Ha usado un arma que puede causar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma)
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales
6. Ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, robo a mano armada)
7. Ha violado sexualmente a alguien

Destrucción de la propiedad:

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio de fuego)

Engaño o robo:

10. Ha invadido, la casa, edificio o automóvil de otra persona
11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej., "engaña" a otras personas)
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión, falsificación)

Incumplimiento grave de las normas:

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años
14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso, mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez, si estuvo ausente durante un tiempo prolongado
15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años

B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas del funcionamiento social, académica o laboral

C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial

Especificar si:

- Tipo de inicio infantil: los individuos muestran, por lo menos, un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años
- Tipo de inicio adolescente: los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno de la conducta antes de cumplir los 10 años
- Tipo de inicio no especificado: se cumplen los criterios del trastorno de conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años

cológica, servicios sociales y, si es necesario, fiscalía de menores. Su empleo se realiza en situaciones de elevada impulsividad, agresividad o explosividad, entre otros. Son especialmente útiles cuando subyace un TDAH, un TND o un TD sobre el que no se han realizado intervenciones terapéuticas efectivas y han evolucionado a lo largo de los años, acompañados de otros factores de riesgo. Los más utilizados son el metilfenidato y la risperidona en

monoterapia o en combinación en las situaciones más graves⁽¹³⁾.

Programas de intervención en la prevención de la violencia en adolescentes

Los programas de intervención multidimensionales son los más efectivos para disminuir la incidencia de comportamientos violentos en los adolescentes.

La violencia es una manifestación conductual de la suma de múltiples variables, factores de riesgo y vulnerabilidad de índole biopsicosocial. Debido a ello, los programas preventivos deben ser multidimensionales⁽¹⁴⁾. Algunos de los más utilizados son los siguientes:

- Programas de intervención/sanción (“el que la hace la paga”): es un programa sancionador, donde se incide en la persecución y ejecución del infractor. El nivel de aversión que produce desaconseja su utilización de manera aislada. Debe ser un programa complementario de los otros tipos.
- Programas de conducta esperada (“saber a qué atenerse”): en este programa predomina la información general y la difusión sin un receptor preestablecido. Se emplea fundamentalmente como programas introductorios a un plan específico de acción y sobre grandes poblaciones.
- Programas de detección/prevenición: tiene dos componentes. Por una parte, la detección de la conducta violenta específica y el análisis de los factores que inciden en su desarrollo y mantenimiento. Por otra parte, sobre los resultados obtenidos, se pueden realizar propuestas preventivas que participen en la reconducción de los condicionantes implicados.
- Programas de orientación comunitaria o proactivos⁽¹⁵⁾: se consideran los de elección. Son los utilizados, habitualmente, en los programas de educar para la salud. El diseño de estos programas presenta enorme variabilidad, según: población diana, edad, objetivos específicos, factores socioculturales o ambientales, etc. A partir de este punto, vamos a ver los condicionantes principales para el diseño de un programa de orientación comunitaria o proactivo.

Programa de orientación comunitaria

La manera más fácil para difundir un programa de prevención de la violencia entre la población adolescente es acudir a los institutos en periodo lectivo. Un programa es un concepto amplio, que engloba objetivos, forma de consecución de esos objetivos (mediante conferencias, talleres, etc.), número de sesiones necesarias, etc. A continuación, se desa-

rolla un programa, a modo de ejemplo, incluyendo sus fases de desarrollo.

En general, se debe utilizar el formato taller (que incluye: exposición de contenidos, debate, recopilación de conclusiones, etc.). En cuanto a la disposición de los asistentes, esta puede ser: en círculo y sin obstáculos que impidan la visión a cuerpo entero de todos los participantes. El responsable del taller se integra en el círculo, como uno más.

- Inicio del taller: se puede comenzar el taller con nuestra presentación y una breve descripción de objetivos. Después, cada uno se presenta y comenta el significado del concepto “violencia”, así como un ejemplo de acto violento. Esta primera fase inicial es útil para disminuir la incertidumbre ambiental y aumentar la afinidad entre los participantes.
- Desarrollo: es la fase que permite mayor variabilidad en sus contenidos. El responsable del taller debe intervenir como moderador. Existen múltiples alternativas para establecer el debate. Se exponen tres a modo de ejemplo. La primera alternativa utiliza material actual en forma de recortes de prensa, vídeos preparados, etc., en que aparezcan actos violentos o sus consecuencias (p. ej.: la noticia de una pelea de aficionados al fútbol o la estadística anual de las agresiones a profesores por parte del alumnado). Hay que recordar que las noticias deben ser cercanas al grupo, teniendo en cuenta su edad. Así, en un grupo de adolescentes, podemos utilizar un vídeo sobre un episodio de guerra y, en preadolescentes, un recorte de prensa sobre una pelea acontecida en una fiesta. La segunda alternativa consiste en ofrecer frases o pequeñas historias para iniciar el debate que se continúa con una opinión general de cada asistente y un relato emocional de sus consecuencias. La tercera alternativa consiste en realizar las preguntas directas sobre situaciones violentas: agresiones entre alumnos, agresiones homófobas, etc. Esta última puede ser más útil, cuando entre los objetivos se encuentran disminuir determinadas formas de violencias de elevada prevalencia en ese instituto o en su entorno. Como se puede observar, las tres alternativas no son incompatibles

y solo son un ejemplo de las múltiples alternativas posibles.

- Finalización: previo a la conclusión del taller se redactan las conclusiones más importantes y se puede realizar un pequeño debate sobre la utilidad de lo realizado.

¿Qué hacer cuando nada es efectivo?

Cuando la intervención terapéutica no es efectiva, es posible recurrir a una modalidad de intervención mediante ingreso en un centro de protección.

La legislación actual sobre el sistema de protección a la infancia y a la adolescencia⁽¹⁶⁾, regula el ingreso de niños y adolescentes en centros de protección específicos para menores de edad con problemas de conducta. Para efectuar el ingreso se requiere de autorización judicial. La autorización la puede solicitar el Ministerio Fiscal o la Entidad Pública con competencias en la evaluación familiar, dentro del área de servicios sociales. El acogimiento residencial en estos centros se realizará cuando no sea posible la intervención a través de otras medidas de protección. No podrán ser ingresados en estos centros, los menores que sufran trastornos mentales que requieran un tratamiento específico por parte de los servicios de Salud mental o de atención a personas con discapacidad.

Función del pediatra de Atención Primaria

Algunas de las funciones del pediatra de Atención Primaria son las siguientes:

- Detectar las situaciones de riesgo y vulnerabilidad, incluyendo la interacción entre factores personales y el entorno.
- Conocer los trastornos psiquiátricos asociados a mayor predisposición de aparición de conductas violentas.
- Prevenir las actividades y comportamientos que puedan generar situaciones de violencia.
- Organizar las acciones terapéuticas efectivas, incluyendo: coordinación entre profesionales implicados, utilización y participación en programas de prevención y derivación a dispositivos específicos, si es necesario.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del manuscrito. Declaración de intereses: ninguno.

Bibliografía

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

- 1.*** Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *The Lancet*. 2002; 360: 1083-8.
2. Moreno-Ruiz D, Estevez E, Jiménez TI, Murgui S. Parenting style and reactive and proactive adolescent violence: Evidence from Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15: 2634.
3. Taquette SR, Monteiro DLM. Causes and consequences of adolescent dating violence: a systematic review. *J Int Violence Res*. 2019; 11: 137-47.
- 4.** Xia Y, Li SD, Liu TH. The interrelationship between family violence, adolescent violence, and adolescent violent victimization: An application and extension of the cultural spillover theory in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15: 371.
5. Whiting D, Lichtenstein P, Fazel S. Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *Lancet*. 2021; 8: 150-61.
- 6.* Bozzini AB, Bauer A, Maruyama J, Simoes R, Matijasevich A. Factors associated with risk behaviors in adolescence: a systematic review. *Braz J Psychiatr*. 2020; 43: 210-21.
- 7.** Backman H, Laajasalo T, Jokela M, Aronen ET. Interpersonal relationships as protective and risk factors for psychopathy: a follow-up study in adolescent offenders. *J Youth Adolescence*. 2018; 47: 1022-36.
8. McCuish E, Bouchard M, Beauregard E, Corrado R. A network approach to understanding the structure of core symptoms of psychopathic personality disturbance in adolescent offenders. *J Abnorm Child Psychol*. 2019; 47: 1467-82.
9. Somma A, Andershed H, Borroni S, Salekin RT, Fossati A. Psychopathic personality traits in relation to self-report delinquency in adolescence: should we mind about interactive effects?. *J Psychopathol Behav Assess*. 2018; 40: 69-78.
- 10.** Fairchild G, Hawes DJ, Frick PJ, Copeland WE, Odgers CL, Franke B, et al. Conduct Disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2019; 5: 43.
11. Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Hernández PJ. Trastornos del comportamiento. En: *I Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras*. Hidalgo Vicario MI,

Caso clínico

Juan, de 13 años, acude a la consulta de su pediatra de Atención Primaria (PAP) acompañado por su padre. La PAP comprueba el registro de las anteriores visitas y constata que desde los 8 años no acude al Centro de Salud. Entre los antecedentes, destaca una importante desestructuración familiar. Su padre ha estado en la cárcel desde que Juan tenía 3 años hasta dos semanas previas a la cita, debido a delitos relacionados con el tráfico de drogas. Separación de sus padres a los dos años y varias parejas de la madre denunciadas por violencia y agresiones hacia ella y hacia Juan y sus 4 hermanos. Alta sospecha de consumo de tóxicos durante el embarazo de Juan y posteriormente.

El padre de Juan le cuenta a la PAP que cuando sale de la cárcel decide mejorar las relaciones familiares que estaban muy deterioradas y que después de varios años sin contacto con sus hijos está intentando “hacer cambios en su vida y volver a ser padre”, que ha dejado de consumir y está buscando trabajo. Aunque la relación con la madre no es mala y él mantiene la custodia junto con la madre, refiere que “los niños deberían tener una vida mejor, ya que tanto él como su madre no son buenos ejemplos para ellos”.

Juan está repitiendo 1º de la ESO en el instituto de su barrio. También repitió 5º curso de primaria. Su rendimiento este curso no es bueno. En la primera evaluación, suspende 5 asignaturas (todas las principales) y presenta muchos problemas de comportamiento. En los últimos 4 años, ha tenido muchas peleas con los compañeros de clase y también en el barrio. Pasa muchas horas en la calle con chicos de más edad cuando vuelve de clase y los fines de semana, y cuando está en casa solo quiere jugar con su videoconsola. Refiere su padre que la madre está desbordada y, aunque lo intenta, “su enfermedad, las drogas, que es la misma que tenía yo” le impide ser consistente en las pautas educativas. El padre vive en un piso de alquiler en la misma calle del domicilio de Juan, su madre y hermanos, y todos los días lo recoge en el instituto, lo lleva a su casa y por la noche lo acompaña a la casa de la madre. “Estas dos semanas que he estado con

Juan he visto a un hijo que no hace caso. Me desafía constantemente y me ha insultado y empujado cuando intento que estudie o no dejo que salga a la calle”.

El padre de Juan trae unos papeles muy arrugados. Uno de ellos es un informe del equipo de orientación del colegio realizado en 3º de primaria (8 años). En el resumen final, se señala la existencia de grandes dificultades para el autocontrol de las emociones, la excesiva intolerancia a la frustración y las conductas impulsivas y temerarias que manifiesta en el colegio, así como la merma importante en la atención mantenida. No se refiere existencia de problemas conductuales importantes (agresiones, insultos...), pero se indica la necesidad de estudio y seguimiento por salud mental, o quien corresponda, debido a que sus dificultades aumentan progresivamente. El cociente intelectual es normal y no presenta trastornos del aprendizaje aparentes.

Otros papeles, esta vez del instituto e igualmente arrugados, mencionan problemas conductuales relacionados con conductas agresivas, expulsiones, peleas, desafíos, etc. Según parece, desde la llegada al instituto esas conductas han sido la tónica general.

Por último, la pediatra analiza siete citas en el Juzgado de Menores, de los últimos 12 meses, debido a denuncias: agresión y robo en una zona turística cercana al domicilio, detención después de la quema de unos contenedores de basura y similares.

En la historia de Juan figura el comienzo de un estudio por sospecha de TDAH a la edad de 7 años que no se pudo completar.

Después de 5 consultas en las que la pediatra cita a la madre, vuelve a hablar con Juan y con su padre, y recaba información de servicios sociales, del instituto y de la fiscalía de menores, se comienza tratamiento con metilfenidato a 1 mg/kg/día y risperidona a baja dosis. Los resultados iniciales son positivos, pero a medio plazo dependerán del trabajo coordinado de pediatra, familia, servicios sociales, instituto y fiscalía.

Rodríguez Hernández PJ, edit. Ed: Mayo. Barcelona. 2019.

12.** Bonilla J, González A, Castaño LM. Desarrollo adaptativo y funcionamiento ejecutivo en niños con diagnóstico de trastorno disocial y trastorno de déficit de atención/hiperactividad tipo hiperactivo-impulsivo. Rev Psicopat Psicol Cl. 2019; 24: 117-29.

13.* Sánchez P, Cohen DS. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y adolescencia. Pediatr Integral. 2020; 24: 316-24.

14. Edwards KM, Banyard VL, Sessarego SN, Waterman EA, Mitchell KJ, Chang H. Evaluation of a bystander-focused interpersonal violence prevention program with high school students. Prev Sci. 2019; 20: 488-98.

15. Bosworth K, Espelage D, DuBay T, Daytner G, Karageorge K. Preliminary evaluation of a multimedia violence prevention program for adolescents. Am J Health Behav. 2000; 24: 268-80.

16.** Montalvo F. Dilemas ético-legales que presenta la regulación de la capacidad del menor en el ámbito del tratamiento médico. Pediatr Integral. 2015; 19: 302-7.

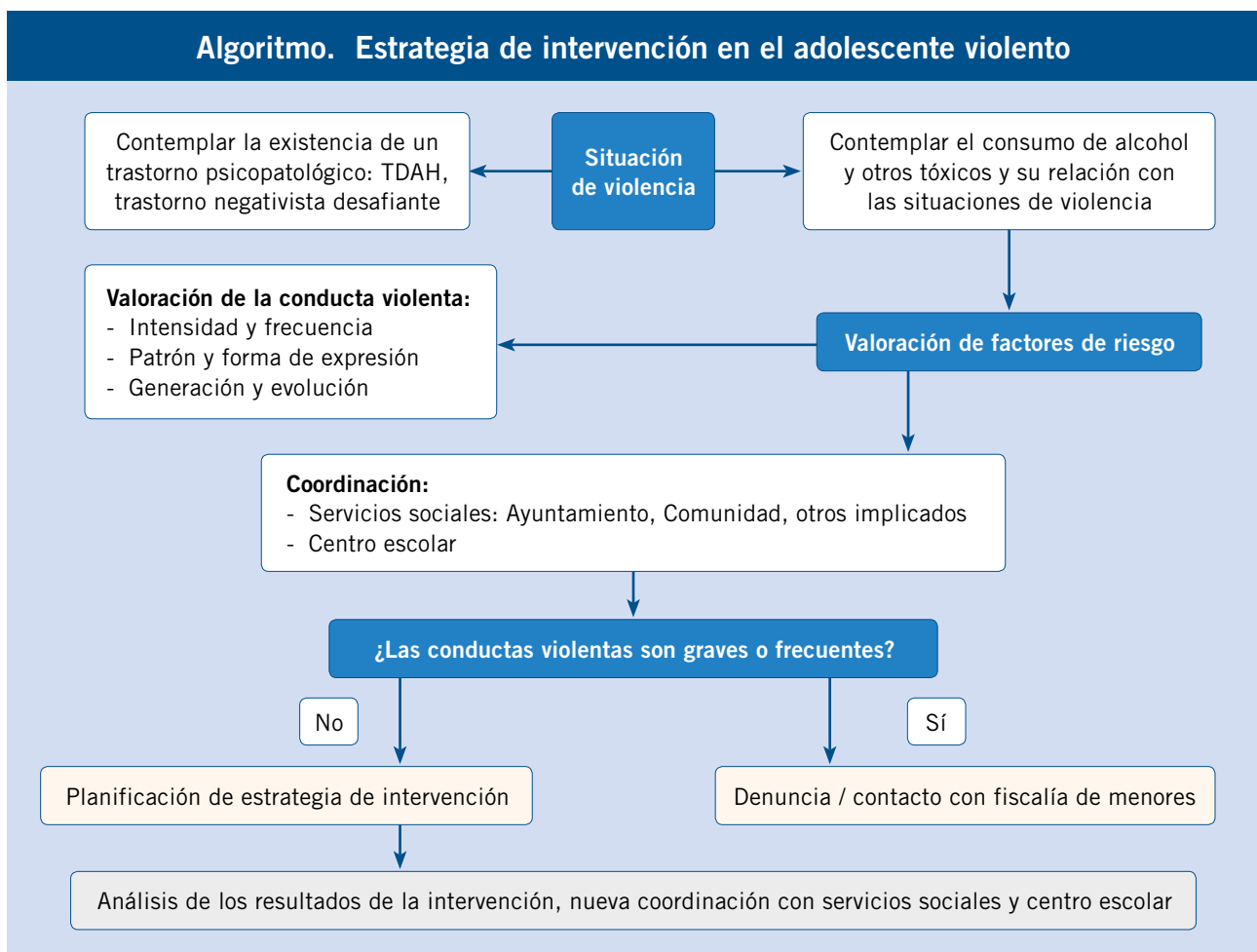
Bibliografía recomendada

- Imaz C, González KG, Geijo MS, Higuera MBN, Sánchez I. Violencia en la adolescencia. Pediatr Integral. 2013; 17: 101-8.

En este artículo se describen vías de desarrollo, tipos de agresiones y un modelo de desarrollo de conducta antisocial que permite contextualizar los aspectos teóricos. Se debe considerar una revisión complementaria a la presente, ya que su contenido sigue vigente y se enfoca desde un punto de vista importante, como es el psicopatológico.

- Rodríguez Hernández PJ. Trastornos del comportamiento. Pediatr Integral. 2017; 21: 73-81.

Algunos trastornos mentales y del comportamiento pueden cursar con violencia. En este artículo se revisa el estado actual de los trastornos del comportamiento más frecuentes en la infancia y la adolescencia. Se realiza una aproximación a su diagnóstico y tratamiento.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es. 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".



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".

El adolescente violento

25. Con relación a la violencia en la adolescencia, señale la respuesta CORRECTA:

- a. Cuando se produce, la confrontación con otros es indirecta.
- b. Nunca existe la intención de producir daño.
- c. Cuando lo que se daña es el círculo social de la víctima, no se considera violencia.
- d. Golpear o insultar a otra persona no se considera conducta violenta, solo mala educación.
- e. Es una confrontación directa con otros con la intención de producir daño.

26. Señale la respuesta CORRECTA con relación a las características de los factores de vulnerabilidad o riesgo:

- a. Son únicos, solo uno de ellos afecta a cada persona.
- b. No se interrelacionan entre sí, debido a sus diferencias etiopatogénicas.
- c. Se analizan por separado con facilidad para interpretar su grado de influencia sobre el individuo.
- d. Son múltiples, interrelacionados entre sí y difíciles de analizar por separado.
- e. Los menos importantes son: la educación familiar y las asociaciones grupales de adolescentes que comparten conductas violentas.

27. Sobre las características de los rasgos psicopáticos, señale la respuesta CORRECTA:

- a. Existe gran sensibilidad a los resultados de sus acciones.
- b. Percibe mal las intenciones de sus compañeros, interpretándolas como hostiles.

- c. Gran tolerancia a la frustración.
- d. Culparse a sí mismo de sus propias conductas violentas.
- e. Alta autoestima.

28. Señale la respuesta CORRECTA sobre el trastorno disocial:

- a. Es un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otro, las normas o reglas sociales propias de la edad.
- b. No se respetan los derechos de los animales, pero sí de las personas.
- c. La destrucción de la propiedad no está entre los criterios diagnósticos.
- d. No se incluye la existencia de robos.
- e. Generalmente, se respetan las normas de la familia o sociales.

29. Las siguientes funciones son propias del pediatra de Atención Primaria excepto, señale la INCORRECTA:

- a. Detectar las situaciones de riesgo y vulnerabilidad, incluyendo la interacción entre factores personales y el entorno.
- b. Conocer los trastornos psiquiátricos asociados a mayor predisposición de aparición de conductas violentas.
- c. Prevenir las actividades y comportamientos que puedan generar situaciones de violencia.
- d. Organizar las acciones terapéuticas efectivas, incluyendo la coordinación entre profesionales implicados.
- e. Comenzar tratamiento psicofarmacológico en todos los casos de violencia para evitar su progresión.

Caso clínico

30. Los siguientes son factores de riesgo que aparecen en la historia de Juan

excepto, señale la respuesta INCORRECTA:

- a. Separación de los padres.
- b. Consumo de drogas (madre y padre).
- c. Interrupción de las consultas de su pediatra en el Centro de Salud.
- d. Repetir varios cursos.
- e. Convivir con la madre, ya que es una persona más débil en la educación de Juan.

31. Señale el diagnóstico de sospecha más probable que puede establecer después de leer el caso clínico, señale la respuesta CORRECTA:

- a. Trastorno depresivo mayor o similar.
- b. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno disocial.
- c. Trastorno grave de comportamiento.
- d. Trastorno negativista desafiante.
- e. Repleción narcisista de la personalidad con hipercinesia.

32. Una vez analizado el caso clínico, señale la respuesta CORRECTA con relación al tratamiento con risperidona y metilfenidato:

- a. No estaría indicado comenzar con ambos tratamientos a la vez. Primero uno y después el otro.
- b. Es el tratamiento de la causa de las dificultades de Juan.
- c. Permite tratar los síntomas que se observan en la historia.
- d. Cuando se utiliza el metilfenidato y la risperidona a la vez, es necesario que las dosis de ambos fármacos sean la mitad de las usadas habitualmente.
- e. Primero hay que iniciar tratamiento psicológico. Si no es efectivo, se comienza el farmacológico.