

# VIOLENCIA EN EL ADOLESCENTE

ÁNGELES LÓPEZ LÓPEZ

Profesora de Psiquiatría Forense. UCAM  
Psiquiatra del Cuerpo Superior Técnico de Instituciones Penitenciarias

*El ser humano tiene que hacer el futuro desde el presente y de alguna manera puede ser el dueño de su destino*

## RESUMEN

El fenómeno de la violencia es entendido como un proceso social que comprende las más variadas formas de agresión y que se caracteriza por tener un efecto multiplicador que no sólo afecta a los adolescentes, sino a la sociedad en pleno.

En este artículo se aborda el concepto de violencia en el adolescente analizando como incide en su comportamiento según su desarrollo, los diferentes trastornos a los que da lugar, y las patologías existentes que afectan al propio cerebro en sus capacidades.

En la segunda parte se valora los diferentes tipos de factores de riesgo, y la intervención del entorno que rodea al adolescente, de vital importancia en su comportamiento. Es necesario así, realizar una valoración legal de dicha conducta violenta basada en límites claros y síntomas concretos.

**Palabras clave:** Violencia en la adolescencia, factores de riesgo y violencia, violencia y trastornos de la conducta.

## ABSTRACT

*The violence phenomenon is understood as a social process with varied forms of aggression, its characterized by multiplier effect wich affects the teenagers, but to the full society.*

*In this article the concept of violence is approached in the teenager analyzing since it affects in his behavior according to his development, the different disorders to which it gives place, and the existing pathologies that affect the own brain in his capacities.*

*In the second part there are valued the different types of factors of risk, and the intervention of the environment that surrounds the teenager, of vital importance for his behavior. It is necessary like that, to realize a legal valuation of the above mentioned violent conduct based on clear limits and concrete symptoms.*

**Key words:** Violence in the adolescence, factors of risk and violence, violence and disorders of the conduct.

**SUMARIO:** I. INTRODUCCIÓN. II. LA VIOLENCIA. 1. Consumo de tóxicos. 2. Trastornos disociales y de las emociones mixtas. 3. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad. III. EL CEREBRO DEL ADOLESCENTE Y DE PATOLOGÍAS QUE CURSAN CON CONDUCTAS ADICTIVAS. IV, VALORACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO. V. PERFIL Y EVOLUCIÓN DEL ADOLESCENTE VIOLENTO, VI, VALORACIÓN LEGAL DE LA CONDUCTA VIOLENTO. VII. INTERVENCIÓN SOBRE FAMILIA, ESCUELA Y SOCIEDAD. VIII. CONCLUSIONES. IX. BIBLIOGRAFÍA.

## I. INTRODUCCIÓN

La violencia es una calificación de la conducta humana que de forma individual o grupal, se manifiesta en la casa, en la escuela, en la calle, etc. Es un tema de actualidad y una preocupación social en la que los adolescentes además de ser autores son víctimas, bien de otro adolescente, de él mismo (la adolescencia es una edad de riesgo para el suicidio) o de su entorno familiar etc. Un mejor conocimiento de este fenómeno, hará posible que se realicen respuestas efectivas interdisciplinarias, que hagan posible la prevención de la delincuencia adulta futura de estos jóvenes.

Los límites de edad en los que nos vamos a mover varían mucho y serán de 10 a 15 años para los chicos y de 11 a 17 para las chicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como “la edad comprendida entre los 10 y los 19 años”.

Procede acercarnos a la personalidad del adolescente, sujeto a un desarrollo desde la infancia. La pubertad será como el marcador de inicio de la adolescencia-, ya que es una etapa de la vida, donde se generan importantes cambios físicos, asociados a cambios corporales y hormonales y que se asocia a multitud de cambios psicológicos. Hoy se acepta que los factores hormonales permiten explicar al menos parte del aumento de las emociones negativas y la variabilidad que caracteriza el comportamiento del adolescente. Las investigaciones han permitido constatar que los niveles elevados de andrógenos se asocian a violencia y a problemas motivados por exceso de impulsividad en los chicos. Pero no se puede explicar el comportamiento sólo como una respuesta al factor orgánico. El desarrollo del adolescente se da en contextos sociales diferentes y será el fondo socio histórico y cultural del desarrollo físico, cognitivo y socio emocional lo que va a cristalizar en una personalidad normal o patológica.

Así aunque podemos afirmar que toda conducta humana tiene un componente genético (en este sentido los genes ayudan a diseñar nuestro temperamento y personalidad y aportan una orientación o predisposición a comportarse según ciertas pautas), el modo en que los rasgos genéticos y biológicos se expresan pueden ser modificados por el entorno.

Por otro lado, tendremos que acercarnos al concepto de violencia y valorar si estamos ante un estilo de ser violento o ante un hecho puntual, si se da una pato-

logía orgánica (enfermedad) y, si de darse, ésta es secundaria a intoxicaciones o estamos ante una violencia en un contexto psicopatológico de trastorno mental. La violencia en sí misma genera violencia y desde una perspectiva social unas veces es comprensible y otras no.

El segundo planteamiento ante estas conductas es el de la “autonomía”, la libertad que tiene el sujeto para regirse por sí mismo. No podemos pasar por alto esta valoración ya que en esta etapa de la vida se da un fuerte egocentrismo, el adolescente cree que los demás están tan interesados en él como él mismo y tiene la sensación de ser único. Al adolescente le preocupa su cuerpo y su imagen. Se dan comportamientos destinados a llamar la atención, sienten que están en el centro del escenario y todas las demás personas son su audiencia. Es también necesario destacar que en el momento actual, los medios de comunicación, en muchas ocasiones más que transmitir los valores básicos en los que descansa la convivencia, presentan una trivialización y exaltación de la violencia. El joven aprende que la violencia es un recurso aceptable. También se hará una especial mención al fenómeno grupal, ya que nadie se siente individualmente responsable de lo que se pone en marcha de manera colectiva. Todo lo anterior unido, en ocasiones a la ubicación en zonas de marginación, donde se favorecen sentimientos de angustia y agresividad y en un contexto de consumo de tóxicos hace que se reduzcan o eliminen los frenos inhibitorios habituales. Las respuestas a todo este fenómeno habrán de construirse sobre tres pilares o líneas de acción: prevención, medidas sancionadoras-educativas de tratamiento e integración y reinserción social de los jóvenes.

## II. LA VIOLENCIA

El término violencia tiene su origen en el latín *vis*, que significa fuerza y poder. Siguiendo a Rubio (1994) consideraremos que existe violencia cuando la conducta sea fuerte, impetuosa y poderosa y sobrepase su estado natural, guarde relación con la ira (criterio psicológico), se ejecute en contra de las normas y la justicia (criterio cultural y jurídico) y también de la razón (criterio antropológico). Vamos a contemplar la que tiene un carácter ofensivo, intencional y que afecta física o síquicamente. En la violencia se implican conductas complejas, voluntarias que tienen finalidades diferentes: controlar, obtener beneficios, demostrar superioridad, el odio o protesta contra el otro, etc.

Rubio desde una perspectiva psicoantropológica de la violencia contempla en el autor de esta conducta orientaciones diferentes:

- Orientación asocial o irreflexiva. La que tiene una anestesia frente a los valores del otro. Su finalidad no es destruir sino lo que se ha llamado “sed de sangre”; aunque a la vez se produzca la destrucción no es esta la finalidad. Ejemplo de ello son los rituales.

- Orientación antisocial. La que si reconoce los valores del otro, pero tiende a perjudicarlo. El daño es la directriz de la conducta.
- Violencia arcaica y ligada al aburrimiento. Fenómeno lógicamente del aburrimiento es una ausencia de la satisfacción del impulso vital, aunque subsista la aspiración del placer. La existencia se percibe como un vacío. Hay un hambre vivencial. La conducta violenta es sólo el medio.

Junto a lo anterior, en ocasiones la violencia se da en un contexto psicopatológico, como traducción de síntomas de un trastorno mental. No puede comprenderse sin tener en cuenta dicho trastorno. Con frecuencia destaca y sorprende la aparente falta de motivación y la indiscrecionalidad de la violencia, que pone a cualquiera en riesgo de convertirse en víctima. También puede darse durante un episodio psicótico desencadenado por diferentes causas: alcohol, cocaína, drogas de diseño, daño cerebral, etc.

La literatura actual hace un especial hincapié, como cuadros más frecuentes en estos jóvenes adolescentes en el consumo de tóxicos, el TDAH —trastorno por déficit de atención e hiperactividad— así como en el trastorno disocial. Entre los jóvenes que cometen delitos graves (violentos o reincidentes), entre un 25 y un 30% padece algún trastorno mental.

## **1. Consumo de tóxicos**

En las últimas décadas el consumo de sustancias adictivas se ha convertido en un problema de salud mundial, especialmente entre los adolescentes al ser constituir éstos un sector de la población especialmente vulnerable debido a los cambios físicos, psicológicos y sociales que presentan en esta etapa vital (Papalia 1998; Becoña, 2007).

La experimentación con alcohol y otras sustancias psicoactivas por parte del colectivo juvenil se vincula a un estilo de ocio recreativo compartido con el grupo de iguales con búsqueda de sobreestimulación y como mecanismo de reafirmación de la identidad grupal.

El estupefaciente para Freud en un sorgenbrecher un “quitapesares” que permite sustraerse de la carga de la realidad. En este sentido el consumo de sustancias impide la maduración del adolescente, porque se inhibe de los problemas y no va aprendiendo de ellos ni va aumentando su capacidad de adaptación a los avatares de la vida. Actúan como desinhibidor de la conducta, alteran la capacidad de juicio, afecta la percepción, atención y comunicación interpersonal y reducen el miedo a las consecuencias y represalias de nuestros actos. Los grupos de adolescentes no consumidores tienen metas definidas en la vida, logran en mayor medida lo que se proponen y no dejan su futuro a la suerte, a diferencia de los jóvenes que sí consumen, los cuales reportan menores puntajes en su planeación del futuro. Por otra

parte se ha demostrado que el consumo de drogas en los jóvenes va acompañado por otras conductas de riesgo. La literatura internacional ha demostrado empíricamente una relación positiva entre el riesgo suicida y el abuso de sustancias entre la población adolescente, sobre todo más en las mujeres que en los hombres.

El alcohol es la droga más antigua y difundida en el mundo. Provoca una alteración de funciones psicomotoras y cognitivas. A nivel cortical la intoxicación aguda suprime los mecanismos de control dando hiperactividad, verborrea, irritabilidad y euforia. El alcohol está implicado en el 50% de los incidentes violentos. La cocaína es una de las sustancias más relacionadas con la violencia. La desinhibición que genera su consumo, unida al bajo autocontrol que produce, hace que se trate de una sustancia adictiva con una elevada capacidad de generar comportamientos violentos y/o reacciones paranoides que pueden desembocar en agresiones e incluso en el homicidio. Se pueden producir trastornos psicóticos con alucinaciones polimodales e ideas delirantes de perjuicio con intensa implicación emocional

En la población más joven se está consumiendo incluso conjuntamente cocaína y alcohol. Este consumo dual resulta especialmente peligroso, ya que a los efectos combinados de ambas drogas, se suma el del cocaetileno, un metabolito más activo y tóxico que la cocaína y que permanece en el organismo dos ó tres veces más tiempo que ésta, aumenta la sensación de placer y de euforia y disminuye la disforia por abstinencia a cocaína. La ingesta de alcohol actúa como detonante del "Craving" (deseo intenso de satisfacer una adicción), lo que conlleva una conducta de búsqueda compulsiva de cocaína e influye en una mayor pérdida de control tras el consumo y más problemas sociales, conductas de riesgo y antisociales (Pastor y otros, 2003). El éxtasis y otras sustancias de síntesis provocan, entre el 15 al 20% de las personas que los consumen, impulsividad y trastornos de conducta. Al mismo tiempo, hay una clara relación con el fracaso escolar al impedir la capacidad de abstracción. Puede además generar trastornos psicóticos, delirio de perjuicio de realización e ideas de autorreferencia. Por si fuera poco, los jóvenes están mezclando estas sustancias con hipnóticos cuyos efectos desinhibitorios pueden favorecer la agresividad.

Los programas de prevención que se están mostrando más efectivos en el sector de población aquí analizado se apoyan en la adquisición de las habilidades para la vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993) define estas como aquellas competencias personales necesarias para la promoción de la salud, cuya función esencial es permitir que la persona enfrente de manera efectiva las demandas y desafíos de la vida diaria mediante comportamiento positivos y adaptativos. La OMS clasifica estas habilidades en tres áreas: sociales (comunicación eficaz, establecer y mantener relaciones interpersonales), cognitivas (toma de decisiones, resolución de problemas, pensar en forma creativa, autoconocimiento) y para el manejo de emociones (empatía, control emocional, manejo de tensión y estrés). La prevención de adicciones implica el desarrollo y fortalecimiento de estas habilidades con la fi-

alidad de que se adquirieran comportamientos que coadyuven a evitar el consumo. Para realizar programas efectivos en adolescentes, por consiguiente, será necesario evaluar sus habilidades para la vida.

Las acciones preventivas son mucho más efectivas cuando se imparten en el entorno educativo institucional, debido a la cercanía que este tiene con la vida cotidiana de los adolescentes; así se eliminan las dificultades que ellos plantean para acudir a una clínica especializada. Se sugiere que los encargados de dar esta atención y orientación psicológica a los adolescentes, sea personal especializado en el manejo de las adicciones y externos a la plantilla docente, con esto se evita que los adolescentes se sientan cohibidos al tener que admitir algún abuso de sustancias ante sus profesores y también posibles discriminaciones y estigmatizaciones posteriores por parte de dicho profesorado.

## **2. Trastornos disociales y de las emociones mixtas**

Los trastornos disociales se caracterizan por constituir una “forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador, con violaciones, en sus casos más extremos de las normas sociales establecidas para su edad y características sociales”. Hace referencia a las dos características principales: la existencia de una conducta alterada y persistente que choca con las normas sociales establecidas y la aparición durante la infancia y adolescencia. Las formas de comportamiento en las que se basa el diagnóstico pueden ser: grados excesivos de peleas o intimidaciones, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, provocaciones, desafíos y desobediencias graves y persistentes. El CIE 10 establece que los actos disociales aislados no son suficientes para el diagnóstico. Divide el trastorno en varios subgrupos: F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar; F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados; F91.2 Trastorno disocial en niños socializados; F91.3 Trastorno disocial desafiante y oposicionista; F91.8 Otros trastornos disociales y F91.9 Trastorno disocial sin especificación.

Ruiz Fernández y Pagan Acosta (2000) enumeran las siguientes características psicológicas de los trastornos disociales:

- Conciencia y orientación. Debe existir, una adecuada orientación alopsíquica y auto psíquica.
- Atención y memoria. Durante la exploración del paciente puede parecer que exista una disminución de la atención, que más bien se debería traducir en una falta de cooperación; no se suelen apreciar tampoco las alteraciones en la memoria. Estas dos esferas psicopatológicas deben ser exploradas bajo la consideración de la edad del paciente al que exploramos. En un 40% de los casos, según algunos estudios, se asocia al Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En estos casos pueden concurrir síntomas de desaten-

ción como dificultad para atender en clase, para realizar tareas, apariencia de no escuchar cuando se le habla al joven, etc.

- Capacidad intelectual. El trastorno disocial puede asociarse a un nivel intelectual inferior a la media; el rendimiento académico suele ser inferior a lo esperado por el coeficiente intelectual del adolescente.
- Afectividad. Siempre que aparezcan trastornos de la conducta en niños y adolescentes asociados a alteraciones de la esfera afectiva de tipo depresivo deben descartarse los cuadros depresivos de estas edades. No suelen tener remordimientos o ideas de culpa ante sus conductas, presentan dificultades para empatizar o establecer vínculos sociales generalmente se les describe como “faltos de sentimientos”. Suele existir un estado de ánimo disfórico, irritativo y hostil; puede existir un comportamiento hiperactivo, que junto con la desinhibición sexual en adolescentes nos llevaría a descartar un episodio maníaco, ya hemos comentado con anterioridad la frecuencia de asociación entre el trastorno disocial y el TDAH, donde puede existir logorrea, dificultades de concentración, inquietud e hiperactivación. En el trastorno disocial y de las emociones mixto existe estado de ánimo claramente deprimido con infelicidad, pérdida del interés por las actividades habituales, desesperanza, autoreproches, alteraciones del sueño, anorexia y síntomas ansiosos. Está verificada en los estudios empíricos una alta correlación entre conductas disociales en adolescentes y suicidio.
- Curso del lenguaje y del pensamiento. Las alteraciones psicopatológicas del curso del pensamiento y del lenguaje no se asocian a este trastorno habitualmente, aunque en asociación a otros trastornos como el TDAH si pueden existir alteraciones cualitativas del curso del lenguaje.
- Contenido del pensamiento. Frecuentemente los jóvenes afectados de trastornos antisociales perciben el entorno como hostil, perciben mal las intenciones de otros, interpretándolas como más hostiles de lo que en realidad son y actuando en consecuencia de forma razonada y justificada, pero la aparición de ideas delirantes o de carácter obsesivo descartan el diagnóstico de trastorno disocial.
- Senso-percepción. La asociación de alteraciones senso-perceptivas descartaría el diagnóstico y lo enfocaría hacia trastornos de otro tipo e inicio en la infancia y adolescencia, especialmente psicosis.
- Psicomotricidad. En esta esfera sí pueden existir alteraciones sobre todo en los casos en los que se asocia al TDAH, por la existencia de inquietud psicomotriz; pero en el trastorno disocial puro no es frecuente que existan alteraciones de los movimientos concernientes a la expresión espontánea y a la realización de actividades.

- Trastorno de los impulsos. Se podría decir que es el área mental más alterada en este trastorno. Manifestaciones patológicas de la agresividad son expresiones inmotivadas o inadecuadas, verbales o físicas, dirigidas hacia personas, animales o cosas. La agresión hacia personas, animales o propiedades es uno de los síntomas básicos de este trastorno. Esa agresividad va asociada a altos niveles de impulsividad. El consumo de sustancias (alcohol, estupefacientes, etc.) así como conductas de desinhibición sexual, prostitución, etc. son frecuentes en este trastorno
- Conciencia de enfermedad. Los pacientes con conductas disociales suelen negar estas cuando se les confronta con ellas de una forma brusca; pueden considerar justificadas sus conductas en base a sus apreciaciones y características de personalidad, en otras ocasiones no consideran necesario esta justificación y pueden mostrarse agresivos ante la confrontación.
- Presentación, conducta y comportamiento. Se podría hablar de una disarmonía del carácter, cuyos rasgos primordiales serían la impulsividad, la inestabilidad emocional, la búsqueda inmediata de satisfacción, tendencia a la delincuencia en todas sus formas, el alcoholismo, las toxicomanías, mala tolerancia a las frustraciones, inmoralidad sexual, modales desdeñosos, baja autoestima y tendencia a manipular a los demás para obtener sin esfuerzo recíproco.

### **3. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad**

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDHA), está caracterizado por tres síntomas principales:

- Falta de Atención.
- Hiperactividad.
- Impulsividad.

Es un trastorno crónico que puede cambiar sus manifestaciones desde la infancia hasta la edad adulta en un 50-80% de los casos. Se considera que su origen es multicausal, considerándose tanto causas biológicas que interactúan entre sí, como otras variables ambientales (tanto de tipo biológico como psicosocial). En la adolescencia hay cambios sustanciales, como ya se ha dicho. La hiperactividad suele disminuir notablemente hasta llegar a ser tan sólo una sensación subjetiva de inquietud, pero todavía el 70% de los sujetos siguen presentando problemas de atención e impulsividad. El trastorno por déficit de hiperactividad atención (TDAH), puede concurrir con otros trastornos que involucran una tendencia hacia la violencia However, there are many people with ADD or ADHD (even if it is untreated) who are not violent at all. The diagnosis of ADHD includes the fact that people are impulsive - ie they often act before they think., sobre todo cuando las personas tienen TDA o TDAH no

tratados. La conducta delictiva o la personalidad antisocial aparece en un 25-40% de los adolescentes y adultos remitidos de niños con TDAH, especialmente en niños con trastornos de conducta tempranos. En la actualidad se está investigando la prevalencia del TDAH en Centros Penitenciarios.

Existen algunos trastornos que suelen presentarse de forma concomitante al TDAH: a) Trastorno Opositor Desafiante, b) Trastorno de Conducta, c) Trastorno por Abusos de Drogas (el riesgo en el TDAH de presentar abusos de sustancias en la adolescencia o la vida adulta es del 12 al 24%.), d) Trastornos de ansiedad, (los trastornos de ansiedad y el TDAH son los dos trastornos psiquiátricos más frecuentes en la infancia, y se dan a la vez en un mismo individuo, en aproximadamente un 25% de los casos). La presencia de TDAH triplica el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad, e) Trastornos afectivos, (el riesgo de padecerlos para estos niños es cinco veces superior al de la población normal) f) Trastornos del sueño, g) Tic motor en la infancia, h) Síndrome de Gilles de la Tourette e i) Problemas específicos del aprendizaje (en lectura, escritura, matemáticas), quizás relacionados con una posible ligazón genética entre ambos trastornos.

### **III. EL CEREBRO DEL ADOLESCENTE Y DE PATOLOGÍAS QUE CURSAN CON CONDUCTAS ADICTIVAS**

Según es en la actualidad generalmente reconocido, el desarrollo cerebral es progresivo, hasta llevar a la autonomía emocional, cognitiva y más tardíamente al conocimiento y reconocimiento de los valores. Los conocimientos del cerebro con las técnicas de neuroimagen actuales ponen de manifiesto que el cerebro del adolescente se está formando y no funciona igual que el cerebro adulto hasta que aproximadamente se llegue a los 20 años. Esta inmadurez se da en el Cortex prefrontal y en las conexiones de esta parte del cerebro con la zona responsable de regular nuestras emociones, que es el sistema límbico (amígdala, hipocampo, tálamo y el hipotálamo). La información sensorial llega al tálamo, de ahí pasa a la corteza cerebral o neocortex, que evalúa la respuesta más apropiada. Las señales van a la amígdala que es la que propicia la reacción, secreción de hormonas, etc., las cuales nos predisponen a la lucha, huida, etc.

Al ser los lóbulos frontales los encargados de coordinar, planificar, frenar impulsos, fijar prioridades y sopesar las consecuencias, si no hay un desarrollo total del Cortex prefrontal y de las conexiones con el cerebro llamado emocional, no se evalúan las consecuencias de la acción ya que no hay una regulación adecuada del pensamiento y de las emociones. Todo esto unido a la alteración de las hormonas sexuales, que influyen en la serotonina y en los neurotransmisores del cerebro y de la excitabilidad, hace que la adolescencia sea una época de riesgo. Tampoco está totalmente desarrollado el tegmento ventral, que es básico para la motivación y la

obtención de recompensa. Es decir, el adolescente precisa tener la recompensa inmediata y para obtenerla es capaz de correr riesgos.

En este contexto biológico, será el entorno, familia, escuela, sociedad el encargado de actuar de corrector de la conducta.

Es importante señalar que en muchos de los trastornos en los que se presentan las conductas violentas: trastornos de atención e hiperactividad, consumo crónico de sustancias tóxicas, cuadros que cursan con problemas de aprendizaje y cuadros psicóticos, se observa este retraso del desarrollo cerebral, sobre todo en el Cortex prefrontal.

#### **IV. VALORACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGOS**

El interés por el riesgo y su manejo apareció en las sociedades occidentales, en la década de lo setenta del pasado siglo. En estos temas, en los que se mezclan agresión y violencia, a los profesionales se nos pide en muchas ocasiones saber si una persona realizará un determinado acto en el futuro. En los pasados años cincuenta Sheldon y Glueck señalaban que los futuros delincuentes deberían ser detectados ya en la infancia.

Coinciden en esta perspectiva, entre otros autores, Robins en 1966. No obstante en el siglo XX estos temas han sido valorados con la incierta noción de peligrosidad. La peligrosidad se introduce en la Criminología de S. XIX y se consideraba un estado mental patológico de origen constitucional (el “criminal nato de Lombroso”). La atribución de peligrosidad y riesgo a un paciente y la comprensión del significado de este tipo de etiquetas, tienen lugar en un contexto social y cultural y es inevitablemente un concepto teórico, pero hoy sabemos, por los estudios de criminología, que cada tipo de violencia tiene unos factores de riesgo y protección específico. Así mientras que la violencia ejercida en el pasado biográfico es un factor de riesgo común en todo tipo de violencia, las parafilias lo son específicamente de la violencia sexual pero no de la violencia física intrafamiliar. Es necesario diferenciar la cualidad de ser violento que puede ser un sinónimo de peligroso y el acto de comportarse violentamente (Andrés Pueyo, 1997).

Los discursos de la peligrosidad, se reemplazaron progresivamente en la década de los pasados años noventa, por los de la valoración y el manejo de riesgos. Así surgieron instrumentos para valorar el riesgo en pacientes y reclusos afectados por trastornos mentales graves en Canadá. Después se fueron ampliando para aplicarse a otros tipos de violencia y aparecieron instrumentos para predecir la violencia sexual, de pareja y doméstica.

El concepto de riesgo tiene las ventajas aparentes respecto a la peligrosidad de ser dimensional, relacionarse con las probabilidades en lugar que con las cualidades

y ser intrínsecamente variable a través de sus conexiones con la probabilidad. Promete un enfoque objetivo al remitirnos a lo actuarial, lo calculable y lo evitable.

El riesgo es la interacción de una serie de factores que no necesariamente son peligrosos en sí mismos: Edad, sexo, estado civil, la etnia, la situación laboral y el trastorno psiquiátrico. En relación a la violencia sexual, se consideran factores estáticos, los abusos sexuales sufridos en la infancia y la historia de violencia anterior y factores dinámicos, el consumo de alcohol y las creencias erróneas sobre las relaciones sexuales.

La probabilidad de que una persona cometa en el futuro un acto de violencia significativa depende de múltiples factores. Monahan y Steadman (Monahan y Steadman, 1983), dividieron las influencias relevantes en los siguientes tipos:

- Factores de predisposición, que incluyen características relativamente permanentes de la persona, como la impulsividad, la ira o la psicopatía.
- Factores clínicos relacionados con los tipos y síntomas de los trastornos psiquiátricos.
- Factores históricos que incluyen experiencias pasadas y antecedentes previos de actos delictivos.
- Factores contextuales que se refieren a aspectos del entorno actual que pueden provocar algún comportamiento violento.

Estas subdivisiones no son mutuamente excluyentes y quizás carecen de los aspectos dinámicos deseables en un modelo de valoración y manejo de riesgos.

Actualmente se acepta que en la conducta violenta suelen concurrir más de una causa individual, familiar o social, las cuales interactúan a lo largo del tiempo y combinadamente contribuyen a la manifestación de dicha conducta. Los psicólogos canadienses Andrews y Bonta (1995) describen los factores de riesgo de los comportamientos delictivos.

Como factores principales identifican:

- Actitudes antisociales/pro-violentas, valores, creencias y estados emocionales alterados en sintonía con comportamientos violentos.
- Agrupaciones pro-criminales y delictivas (bandas, gangs,...).
- Factores de personalidad (temperamento) que facilitan la aparición de comportamientos violentos (psicopatía, EDAH, mala socialización, impulsividad,...).
- Historia de comportamientos antisociales individuales: variedad de delitos y faltas, número e intensidad de conductas violentas,...
- Factores familiares: criminalidad familiar, falta de cuidados y atención, baja estructuración familiar, abandono y malos tratos, etc.

- Bajos (o incluso nulos) niveles educativos, situación de desempleo, falta de recursos económicos,...

Como factores secundarios señalan:

- La clase social, etnia o grupo racial (emigrantes, barrios-dormitorio, etc.).
- El “malestar” o “estrés” personal producido por razones variadas: anomia, ansiedad, depresión, adicción a tóxicos, etc.
- Los factores de naturaleza biológica-neuropsicológica: alteraciones hormonales, lesiones cerebrales, intoxicaciones, etc.

Los factores de riesgo señalados anteriormente son factores de carácter general, afectan tanto a jóvenes como a adultos, por lo que —de forma resumida— en relación a la población adolescente es necesario resaltar como factores individuales los siguientes: los comportamientos violentos antes de los 13 años, la impulsividad y búsqueda de sensaciones, la baja percepción de riesgo y la poca capacidad de diferir la gratificación, antecedentes de maltrato, vivencia de violencia en la familia y falta de supervisión de los padres, pertenecer a barrios y comunidades de altas tasas de violencia con grandes desigualdades económicas...

Sobre estos factores individuales, la literatura resalta como factores de riesgo especialmente importantes el comportamiento de amigos y compañeros (el grupo) y la presencia alcohol u otras drogas y armas (ya que aumentan las posibilidades de que la violencia dé como resultado lesiones o muertes); pero la mayoría de trabajos señalan factores individuales asociados a la conducta violenta, pero no los que se asocian a la violencia grupal.

Entre los factores culturales destacan las ideologías destructivas, fanáticas, xenófobas o machistas. La exposición a la violencia en los medios de comunicación es considerada como un factor de incremento, a corto plazo, de las agresiones. En contraposición a todo lo anterior, los estudios antropológicos ponen de manifiesto que los grupos en los que los niños tienen cubiertas sus necesidades, el adolescente consigue madurar y se socializa sin problemas, no son agresivos y van alcanzando la madurez con normalidad. Unido a esto también sería importante el ambiente y la socialización en un grupo concreto.

## V. PERFIL Y EVOLUCIÓN DEL ADOLESCENTE VIOLENTO

Isabel Menéndez Benavente en Febrero 2006 publica el que podría ser el perfil del joven violento en nuestro medio:

- Mayor prevalencia del sexo masculino.
- Entre 14 y 18 años.
- Agresivo y fuerte impulsividad, descontrol de impulsos. Escasamente reflexivo. Poco control de la ira.

- Ausencia de empatía. Nunca se ponen en el lugar de los demás, existe ausencia de reconocimiento de las propias emociones y evidentemente también de las emociones de los demás.
- Percepción errónea de la intencionalidad de los demás: siempre de conflicto y agresión hacia él. Malinterpretan el lenguaje corporal.
- Autosuficiente, siempre se ha “buscado la vida”, pero utiliza y manipula a su familia para sus fines.
- Capacidad exculpatoria. Sin sentimiento de culpabilidad (“el otro se lo merece”).
- Bajo nivel de resistencia a la frustración. A veces acostumbrados a conseguirlo todo aquí y ahora.
- Escasamente reflexivo/a. O hiperactivo.
- Incapacidad para aceptar normas y para negociar.
- Déficit en habilidades sociales y resolución de conflictos. No sabe afrontar un problema sino es mediante la fuerza y la violencia.
- Situación de estrés emocional.

Las diferencias existentes en los perfiles descritos por los diferentes autores, se deben a que las conductas violentas que generan grandes consecuencias para otros, o para uno mismo, se conocen con bastante precisión, tanto en fuentes policiales como judiciales.

Sirva de ejemplo que en el momento actual han aumentado de forma espectacular las denuncias judiciales de padres maltratados por sus hijos adolescentes. Pero hay otro nivel menos grave de violencia que queda oculta en las estadísticas oficiales y que no es contemplada en todos los estudios. Es diferente contemplar las conductas antisociales que las conductas delictivas. Son muchos los trabajos que intentan ver las diferencias de los rasgos de personalidad en la conducta antisocial y delictiva. En este sentido, López Soler y López López realizaron un estudio con el cuestionario de personalidad Eysenck, el cuestionario de personalidad en adolescentes de Cattell y el cuestionario de conducta antisocial delictiva de seis dedos, a 324 adolescentes pertenecientes a una población normal de Murcia. Los resultados muestran que existe relación entre determinados rasgos de personalidad: psicoticismo (agresivo, frío egocéntrico), impulsividad, falta de autocontrol, despreocupación, atrevimiento y la conducta antisocial y delictiva.

También encontraron relación significativa entre el neuroticismo (inestabilidad emocional) y conducta antisocial; si bien en este último ítem neuroticismo-conducta antisocial otros estudios no encuentran esta relación positiva.

En el grupo de adolescentes que presentan estas conductas, hay un subgrupo que arrastra este comportamiento desde la infancia y persiste el comportamiento en la edad adulta. Pero el núcleo mayor está formado por adolescentes en los que las

conductas violentas se presentan sólo en el intervalo de edad que estamos contemplando.

Los estudios longitudinales realizados indican que casi todos los adolescentes en algún momento realizan conductas violentas, pero, sólo un 6% se convierten en agresores violentos persistentes (Fonagy 2003). Es curioso que si comparamos esta conducta con el consumo de tóxicos, observamos que respecto a los jóvenes que hacen botellón y consumen alcohol, el tanto por ciento que siguen siendo adictos es equiparable al estudio anterior. A la misma reflexión nos lleva el estudio Helzer (1975) realizado a veteranos de Vietnam adictos a opiáceos. En Vietnam se dio la máxima permisibilidad social y disponibilidad de tóxicos para los soldados americanos.

Pero, al regreso a Estados Unidos, menos del 5% de estos consumidores seguían siendo adictos. Esta realidad evolutiva en este fenómeno complejo de la violencia en el adolescente, junto al desglose de las estadísticas, vemos que no lleva al clima de desesperanza generado. Son muchos los autores que defienden, que además sólo un pequeño tanto por ciento de la población adolescente que delinque, sigue delinquiendo cuando son adultos y que, además, no se ha dado un aumento significativo de los delitos violentos en los últimos años; bien es cierto, sin embargo, que los que se han producido han tenido un fuerte impacto social. Esperanza Vaello (2009), al valorar el derecho penal del menor como respuesta a las demandas sociales, pone en evidencia que la respuesta penal ha soportado continuos cambios [ejemplo ilustrativo de ello es la continua modificación de la Ley Orgánica 5/2000 de 12 de Enero Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores (LORPM)]. Esta Ley originalmente respondía a una orientación de prevención especial educativa, procurando el superior interés del menor. Estos cambios se han realizado sin que se haya producido un análisis criminológico, psicológico o sociológico de los datos reales. Y fruto de estos cambios en las orientaciones político-criminales de carácter general está acercando el Derecho penal de los menores al de los adultos, pese a que está consolidada la idea de que ambos modelos de justicia penal deben presentar rasgos diferenciados. Esperanza Vaello considera que incluso se dispensa un trato más desfavorable al adolescente que al adulto. Sirva de ejemplo que se otorga a la reincidencia del menor un efecto agravatorio que bajo ningún concepto tiene en el ámbito punitivo de los adultos. Igualmente se puede ver la falta de conexión entre el conocimiento de las técnicas de la conducta y el Derecho penal en esta área. Cuando la Ley del Menor prevé un endurecimiento de la respuesta penal en base a que el joven actúe en grupo, pierde de vista que en la fase de la adolescencia lo normal es la integración entre iguales. La literatura muestra como muchos jóvenes que se implican en conductas desviadas, tienen un grupo de amigos con los que suelen realizar la mayoría de estas conductas. Parece claro que el legislador responde a la demanda social de mayor rigor punitivo, identificando toda la delincuencia juvenil con su núcleo duro, debido en parte a la alarma que los medios de comunicación generan entorno a los delitos violentos.

## VI. VALORACIÓN LEGAL DE LA CONDUCTA VIOLENTA

Al referirnos al colectivo de los menores de edad, es un planteamiento obligado valorar la capacidad y la aptitud para comprender la información y para decidir de acuerdo con los objetivos, intereses y valores personales. Ahora bien, la capacidad se valora en decisiones concretas y en un momento determinado. Desde la Bioética se reconoce la existencia de menores responsables de sus decisiones en áreas importantes, pero la extrapolación al campo jurídico plantea problemas relevantes. Nuestra legislación exige estar en posesión de la necesaria inteligencia y condiciones de discernimiento de los actos y gozar de la libertad de decisión, de poder escoger entre las diversas opciones. El concepto del menor ha variado a lo largo del tiempo. Para Aristóteles los jóvenes eran poco capaces de evaluar prudente y críticamente los dilemas morales ante los que se encontraban, debido a la inexperiencia vital. Pero consideraba que aunque no tuvieran madurez moral, si tenían capacidad para darse cuenta de las situaciones y ser responsables de sus actos. En la segunda mitad del siglo XX, los estudios de Psicología evolutiva (Piaget) van poniendo de manifiesto que la capacidad corresponde con el desarrollo cognitivo y no con la edad biológica, surgiendo en Estados Unidos en la década de los ochenta el concepto del menor maduro. El menor maduro sería una persona menor de edad legal, pero con capacidad suficiente para tomar decisiones. La madurez no se define globalmente, sino en relación a la circunstancia y decisión concreta. La madurez del menor no depende de la edad. Precisamente por ello la Convención de las Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1989 de Derechos del Niño, contempla dos factores parejos (la edad y madurez del niño art. 12.1).

Así hoy se considera que los menores de 12 años son incapaces. Entre los 12 y los 14 años debe valorarse individualmente. A partir de los 14 años se presume la capacidad, ya que posee un desarrollo cognitivo y moral suficiente para la toma de decisiones personales y los emancipados de los 16 años cumplidos serían considerados completamente autónomos.

Se debe valorar, el estado mental en el momento de comisión de la conducta violenta, si es una conducta voluntaria o si hay relación entre un trastorno mental, con el estado mental existente en el momento de la realización de los hechos que se están valorando.

En resumen la relación entre enfermedad, síntomas y conducta. La imputabilidad es un concepto jurídico y no psicopatológico. Por lo tanto está reservado a la Autoridad Judicial. El psiquiatra habrá de pronunciarse sobre las bases psicológicas en las que se asienta la imputabilidad.

Así mismo, tomando como premisa que el ser humano se define por sus acciones, en la acción humana la secuencia conductual sería:

- Conocimiento, planificación (previene, reflexiona, organiza) y ejecución.
- Motivaciones: primarias, secundarias, internas-externas.

- Toma de decisiones: procesos anticipatorios y estimatorios y condicionamientos corporales y sociales.

La consecuencia de todo ello sería la existencia de actos, más o menos voluntarios.

La acción humana sería responsable si:

- No se da coacción (la libertad es condición para que la voluntad actúe).
- No hay miedo en la ejecución.
- No hay extrema necesidad.
- No hay ignorancia.
- No se dan características patológicas.

Hay que tener en cuenta que el miedo insuperable, el arrebato, la obcecación no son, en sí mismas, entidades psiquiátricas, aunque tengan un indudable valor jurídico-penal.

Así, en la práctica, el psiquiatra —desde una perspectiva interaccionista— ha de verificar si las enfermedades o la psicopatología modifica la comprensión o el control en el momento de comisión de la conducta violenta. En consecuencia, tendrá en cuenta:

- La comprensión. Es decir, la facultad o capacidad para entender las cosas, estableciendo relaciones de sentido. Se supone que el ser humano desarrolla su conducta después de analizar la realidad y circunstancias que le rodean, y que para ello utiliza sus facultades intelectuales. Ello requiere una exploración psicopatológica de la comprensión: se precisa realizar la evaluación de las funciones cognitivas superiores (nivel de conciencia, orientación, atención, memoria, funciones ejecutivas, gnosias y praxias). Y evaluar el juicio de realidad, que consiste en ver la habilidad del sujeto para distinguir el mundo propio del intersubjetivo y precisa que se de una evaluación razonable de las circunstancias objetivas. En definitiva, en la comprensión del hecho delictivo hay que valorar lo que hizo, lo que pudo haber hecho, las consecuencias de lo que hizo, lo que siente por lo hecho.
- La capacidad volitiva: la voluntad. La voluntad es entendida como la toma de decisión, como la pulsión, la fuerza motriz o energía. La toma de decisión precisa la existencia de una habilidad para establecer cursos de acción alternativos y poder elegir entre ellos así mismo, hace necesario que el sujeto pueda realizar una planificación, o sea, pueda integrar el pasado y el presente para poder prever un futuro. También es necesario valorar la pulsión, o sea, la fuerza que empuja al individuo a ejecutar una acción, así la pulsión esta a medio camino entre lo mental y lo somático. Para la exploración de la voluntad el psiquiatra debe preguntarse: a) ¿Hubo planificación y deliberación?, b) ¿Se hizo balance de riesgos-beneficios?, c) ¿Cuánto tiempo transcurre entre

la decisión y al acto delictivo? y d) ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el inicio del acto delictivo y la finalización del mismo? Es decir ha de comprobarse si la alteración tiene unos límites claros, qué síntomas hay; en definitiva si hay un trastorno mental que es el causante la modificación de la comprensión o del control de los impulsos.

## VII. INTERVENCIÓN SOBRE FAMILIA, ESCUELA Y SOCIEDAD

Es conocido que los rasgos genéticos y biológicos son modificados por el entorno. El entorno del adolescente son, naturalmente, familia, escuela y sociedad. La familia juega un papel decisivo en el comportamiento de los hijos, tiene un papel socializador y sirve para la transmisión de valores. Es en la familia donde las intervenciones deben ir orientadas a potenciar y reforzar los factores de protección ya que será en este entorno donde se adquieran los hábitos y donde, en primer lugar, se produce la socialización. La convivencia debe atenerse a normas a través de disciplina firme pero razonable, ejercida por padres comunicativos y en un clima de afecto. Es perjudicial que no haya un control ya sea por ausencia de disciplina o por existir normas rígidas. En ambos casos, los niños o adolescentes tendrán dificultad para interiorizar las normas y aprender a controlar su conducta. La literatura pone de manifiesto que los niños que sufren violencia por sus padres, repiten el modelo (maltrato familiar, agresión sexual, etc.). Estos niños han visto que ellos han hecho lo que sus padres les exigían y aprenden que su propia violencia puede controlar el comportamiento de los demás (Dodge 1990). Por ello la conflictividad —desestructuración y desorganización— en el ámbito familiar es una de las circunstancias biográficas más frecuentes en los niños y adolescentes que presentan conductas de autoagresividad —suicidios e intentos de suicidios—. Aproximadamente el 50% de los adolescentes que cometen un intento de suicidio refieren una situación conflictiva en el familia. Se observa la presencia de altos niveles de estrés en comparación con el grupo control de la población de la misma edad y nivel socioeconómico. Así vemos que cuando se dan actitudes negativas, carentes de afecto, no hay modelos de identificación parenterales. El niño no tiene unos modelos adecuados de identificación, va a carecer de límites; y, el adolescente, va a tener muy difícil la maduración en valores como la solidaridad, tolerancia, responsabilidad, respeto por el otro, sexualidad, etc.

La escuela debe ser el complemento a la educación que se ha iniciado en la familia. En estos momentos la falta de recursos especializados, conlleva que cuando se detectan niños conflictivos, conductas de acoso, falta de motivación y dificultades de aprendizaje, el único recurso sea repetir curso y —en su caso— la expulsión del centro escolar. Incluso las faltas se cumplen con días de expulsión del centro,

cuando debería ser motivo de inclusión en programas de habilidades sociales, en trabajar la inteligencia emocional y resolución de problemas.

A nivel social, hay evidencia científica de que los grupos sociales y los hobbies son fundamentales para la maduración y separación del ambiente familiar de los adolescentes. Sirva de ejemplo, cómo lo que nos rodea hace aflorar nuestros impulsos: “un residente de psiquiatría recordaba con sonrojo haber soñado que entraba junto a un paciente con trastorno antisocial de la personalidad al que estaba tratando en el hospital, con un lanzallamas y que ambos destruían todo a su paso”. Ningún otro paciente empujará a los psicoterapeutas a confrontarse con sus propios impulsos agresivos y destructivos como el psicópata grave con trastorno antisocial de la personalidad (Gabband 1996, Galdston 1987). Esto es un simple sueño y el terapeuta reacciona a él, pero la repercusión del entorno en el adolescente con una maduración incompleta, con una experiencia muy limitada y sobre todo en los que han sufrido violencia, son inseguros y dependientes es mucho mayor. Así en este contexto la sociedad no puede mirar para otro lado y no utilizar los medios de comunicación con una finalidad formativa y como trasmisores de valores. Se deben realizar programas validados para luchar contra el consumo de drogas en los jóvenes, fomentar el ocio saludable y ofrecer formación a los padres. Este es el ámbito del deseo razonable de desarrollo de la personalidad y de convivencia social. Lamentablemente tiene su contrapunto, la realidad. En ella se valora y difunde en los medios de comunicación: el logro del poder y el éxito sin esfuerzo, el consumismo y el culto al cuerpo como metas para el triunfo social; la inanidad, en suma.

## VIII. CONCLUSIONES

- La etapa evolutiva de la adolescencia con sus cambios físicos y psicológicos conlleva un alto riesgo de implicación en conductas desviadas incluyendo la violencia.
- Hoy se defiende que toda conducta humana tiene una base biológica un componente genético que aporta una predisposición a determinados comportamientos, pero también se acepta que el modo en que los rasgos genéticos y biológicos se expresan pueden ser modificados por el entorno.
- Los estudios longitudinales realizados indican que casi todos los adolescentes en algún momento realizan conductas violentas, pero, sólo un 6% se convierten en agresores violentos persistentes.
- Los factores individuales de base biológica y genética operan dentro de un síndrome de causas, como antecedentes o precursores generales, pero no pueden explicar los comportamientos antisociales y delictivos que no se manifiestan en la primera infancia y que no persisten en la edad adulta. Así so-

bre la base genética las conductas desviadas estarían facilitadas por factores interpersonales y sociales.

- Un grupo de los adolescentes que presentan conductas violentas tienen algún trastorno: consumo de tóxicos, trastorno disocial, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, sobre los que es fundamental la detección precoz y la intervención especializada.
- Los cambios en la Ley Orgánica 5/2000 de 12 de Enero Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores, se han dado con total desconexión de los conocimientos técnicos y de las investigaciones en esta campo de la conducta y han respondido a la demanda social, tras algún hecho especialmente violento. Derecho Penal y especialistas deberían trabajar en la misma dirección y el Derecho Penal ser una respuesta a los conocimientos científicos y no a los medios de comunicación.
- Es necesario continuar las investigaciones de la violencia en el adolescente de forma interdisciplinar y seguir identificando indicadores sobre los que tras la intervención se puedan ir midiendo resultados. Sirva de ejemplo como hay evidencia de la importancia de la intervención en habilidades sociales del adolescente.
- Se deben aumentar los recursos para trabajar sobre los factores protectores a este tipo de violencia en la familia, la escuela y la sociedad para que reeducando a los niños y adolescentes no tengamos que intervenir castigando en el futuro a los adultos.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

- ANDRÉS PUEYO, A: "Violencia juvenil: realidad actual y factores psicológicos implicados". Disponible en la URL:[http://www.ub.edu/geav/contenidos/vinculos/publicaciones/public1\\_6/publicac\\_pdf/5\\_Violencia%20juveni\\_rol\\_3l.pdf](http://www.ub.edu/geav/contenidos/vinculos/publicaciones/public1_6/publicac_pdf/5_Violencia%20juveni_rol_3l.pdf) (visitado el 25.4.2011).
- ANDREWS, D.A. y BONTA, J.: *The Level of Service Inventory-Revised*, Multi Health Systems, Toronto, 1995.
- BECOÑA, E.: "Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas", *Papeles del Psicólogo*, Vol. 28, núm. 1, págs. 11-20.
- DODGE, K.A., BATES, J.E. y PETTIT, G.S.: "Mechanism in the Cycle of Violence", *Science*, Vol. 250, núm. 4988, págs. 1678-1683.
- FISHBEIN, D y GOLDMAN, D: "Factores genéticos de la violencia", VI Reunión Internacional sobre Biología y Sociología de la Violencia, Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia, Valencia 2002, págs. 29-49.
- FONAGY, P.: "Towards a developmental understanding of violence", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 183, 2003, págs. 190-192.

- LÓPEZ LÓPEZ, A: "Agresores sexuales en la familia: perspectiva psiquiátrico-legal", en *Delitos y delincuentes (Cómo son, cómo actúan)*, Editorial Club Universitario, Alicante, 2010, págs. 165-211.
- LÓPEZ SOLER, C y LÓPEZ LÓPEZ, JR: "Rasgos de personalidad y conducta antisocial y delictiva", *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 3, núm. 2, 2003, págs. 5-19.
- MENÉNDEZ BENAVENTE, I: "Adolescencia y violencia: ¿Crisis o patología", febrero 2006, Disponible en la URL: [http://www.acosomoral.org/pdf/adolescencia\\_y\\_violencia.PDF](http://www.acosomoral.org/pdf/adolescencia_y_violencia.PDF) (Visitado el 25.4.2011).
- MONAHAN, J. y STEADMAN, H.J.: "Crime and mental disorder, an epidemiological approach", en TONRY, M. y NORRIS, M. (Eds.): *Crime and Justice, An Annual Review of Research*, University Chicago Press, Chicago, 1983, Vol. 4, págs. 145-189.
- MORALES SOCORRO, M.P: "La valoración de la capacidad en la toma de decisiones clínicas", en LARIOS RISCO, D y ANTEQUERA VINAGRE, JM: *Cuadernos de Bioética*. Sescam 2007, Sescam-Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, 2008, págs. 385-442.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS): *Skills for Health: Skill-based health*.
- PAPALIA, D.: *Desarrollo humano*, McGraw-Hill, México, 1998.
- PASTOR, R., LLOPIS, J.J. y BAQUERO, A.: "Interacciones y consecuencias del consumo combinado de alcohol y cocaína: una actualización sobre el cocaetileno", *Adicciones*, Vol. 15,
- ROBINS, L.N., HELZER, J.E., y DAVIS, D.H.: "Narcotic use in southeast Asia and afterward: An interview study of 898 Vietnam returnees". *Archives of General Psychiatry*, Vol. 32, 1975, págs. 955-961.
- RUBIO SÁNCHEZ, J.L: "Psicoantropología de la violencia", en *II Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal*, Alicante, 16-18 de noviembre de 1994, págs. 49-54.
- RUIZ FERNÁNDEZ, M.E y PAGÁN ACOSTA, G: "Trastornos disociales. Trastornos disociales y de las emociones mixtos", en GUTIÉRREZ CASARES, José R. y REY SÁNCHEZ, Francisco: *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente*, SmithKline Beecham, Madrid, 2000, págs. 417-445.
- VAELLO ESQUERDO, E: "La incesante aproximación del Derecho penal de menores al Derecho penal de adultos", *Revista General de Derecho Penal*, Vol. 11, 2009, págs. 1-40.