

Josep Cornellà i Canals, Àlex Llusent i Guillamet

Programa "Salud i Escola". Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Girona.

## RESUMEN

Tenemos la percepción de que vivimos en una sociedad cada día más violenta. Esta sensación influye poderosamente en los niños y adolescentes. La agresividad es una reacción fisiológica en el ser humano que puede derivar en violencia a lo largo de un continuum. Se exponen los conceptos básicos y las líneas guía para avanzar hacia una hipótesis diagnóstica (a menudo se trata de un diagnóstico de situación), así como el diagnóstico diferencial y en la comorbilidad que puede subyacer. El tratamiento es complejo y debe ser abordado desde distintos ángulos que se complementan. Se exponen las bases del tratamiento farmacológico y se apuntan algunas líneas guía para la prevención, desde el análisis de los factores de riesgo y en los factores de protección.

## DE LA AGRESIVIDAD A LA VIOLENCIA. CUÁNDO LO FISIOLÓGICO SE CONVIERTE EN PATOLÓGICO

Definimos la agresividad como una característica de la naturaleza humana que ha sido fundamental para la evolución de la especie. Desde la prehistoria, las conductas agresivas del ser humano han sido la base de la supervivencia. Sin embargo, a lo largo de la historia, los comportamientos agresivos han modificado y ampliado este primer objetivo y han servido para que unos individuos sometieran a otros, y para llevar a cabo la destrucción masiva del ser humano (Mardomingo).

La **agresividad fisiológica** incluye comportamientos con mínimos efectos negativos en el desarrollo psicológico de los niños, adolescentes y de su entorno. Muestra un pico entre los 2 y 3 años de edad, con una trayectoria descendente que solamente va a mostrar una nueva elevación al llegar a la edad adolescente. Se trata de una conducta temporal, cuya intensidad y frecuencia suelen disminuir como resultado de una intervención mínima o nula. Pero sabemos también que existe una evolución de esta agresividad fisiológica hacia formas concretas de violencia. Se ha hablado de un continuum que explicaría esta evolución hacia conductas antisociales, claramente patológicas, que incluyen actitudes hostiles y alienadoras, y oposición a las normas y valores sociales de la familia, la escuela, la sociedad. Las formas más graves pueden llevar a maltrato de animales y agresiones físicas hacia otras personas, incluso con el resultado de muerte.

Hablamos entonces de **conductas violentas**: actos realizados con la intención de causar daño físico a otra persona o que conducen a daño mental o físico a otros. Sus componentes incluyen: empujar, agarrar, abofetear, patear, golpear con el puño o un objeto, amenazar con un arma cortante o de fuego o usar armas para herir a alguien. Sus consecuencias son daño físico de gravedad, trauma psicológico e incluso la muerte.

## ¿Cómo se manifiesta la agresividad en niños y adolescentes?

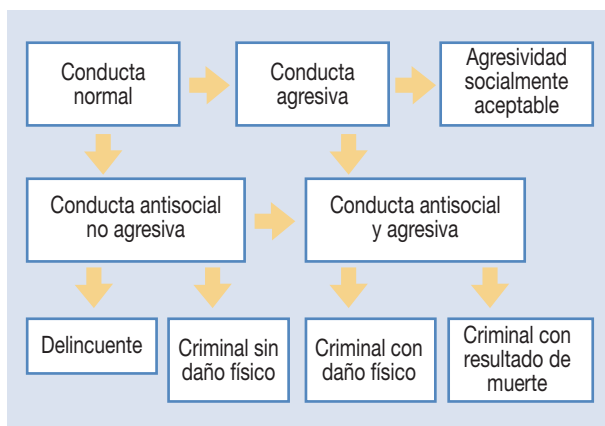
- **Agresividad adaptativa**: aparece en contextos esperables. Se trata de una función de supervivencia, observable en el reino animal.
- **Agresividad maladaptativa**: se trata de una agresividad no regulable o desinhibida. Existe una clara desproporción con el estímulo causante. Supone una disfunción en los mecanismos internos de regulación psicológica.
- **Agresividad social**, propia de ambientes desfavorecidos, donde la lucha por conseguir recursos es una constante. Suele haber una hiper-adaptación al medio hostil y requiere una intervención en profundidad desde las esferas políticas, sociales, educacionales, económicas, etc.

En términos de salud mental, se asocia a menudo la **agresividad maladaptativa** con el trastorno disocial o trastorno de conducta, entendido como un patrón repetitivo de agresividad, rechazo a las normas, ausencia de remordimiento, destrucción de la propiedad,... Se trata de manifestaciones de un fallo interno en la persona.

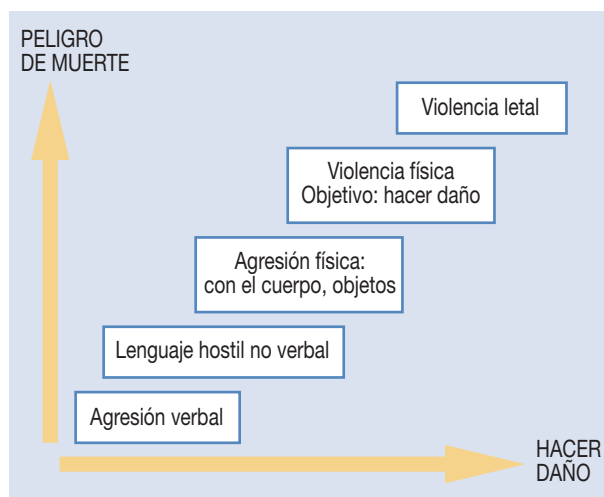
## AGRESIVIDAD, EDAD, SEXO Y EVOLUCIÓN

Existen unas diferencias en la presentación de la conducta agresiva según la edad.

- **Niños de 3 a 7 años**. Existe una actitud general de desafío frente a los deseos de los adultos, desobediencia a determinadas instrucciones, arrebatos de enfado con rabietas de mal humor, agresiones físicas hacia otras personas (especialmente entre los iguales), destrucción de la propiedad ajena, discusiones (donde se culpa a los demás por actos erróneos que ellos mismos han cometido) y tendencia a provocar y a enojar a los demás.



**FIGURA 1.** Relaciones entre conducta normal, agresividad, y conducta violenta. Adaptado de Pratt HD y Greydanus DE<sup>(6)</sup>.



**FIGURA 2.** Continuum entre agresividad y conducta violenta. Adaptado de Pratt HD y Greydanus DE<sup>(6)</sup>.

- **Niños de 8 a 11 años.** A las características anteriores, se añaden las que se derivan de un nivel de relación más amplio. Se observan insultos, mentiras, robo de pertenencias a otras personas fuera de casa, infracción persistente de las normas, peleas físicas, intimidación a otros niños, crueldad con animales, y provocación de incendios.
- **Adolescentes (de los 12 hasta los 17 años).** En esta etapa de la vida se añaden más comportamientos antisociales, tales como crueldad y daños a otras personas, asaltos, robos con uso de la fuerza, vandalismo, destrozos e irrupciones en casas ajenas, robo de vehículos sin permiso, huidas de casa, novillos en la escuela, y uso extenso de drogas.

La **evolución** de la sintomatología, afortunadamente, nos muestra que no todos los niños que comienzan con las conductas señaladas en la infancia temprana van a evolucionar hacia formas más graves conforme pasan los años. Alrededor de la mitad de los niños con problemas en la niñez temprana van a evolucionar hacia los descritos en la niñez media. Y solamente la mitad de éstos van a presentar problemas al llegar a la adolescencia.

De ahí la enorme importancia de detectar los problemas de conducta en la primera etapa de la infancia y de hacer las intervenciones oportunas con el fin de frenar su evolución negativa.

Pero hay que diferenciar lo que podríamos llamar **“patrón de inicio en la adolescencia”**, que se caracteriza por:

- Presencia de comportamiento antisocial que aparece “de novo” durante la adolescencia.
- En comparación con las formas evolutivas de inicio precoz, el comportamiento suele ser menos agresivo y violento, menos impulsivo, con menos déficits cognitivos y neuropsicológicos, tendencia a proceder de ambientes familiares menos disfuncionales, mayores cualidades sociales adaptativas, mayor propensión al cese de estos comportamientos al inicio de la vida adulta.

Por lo que se refiere al **sexo**, las publicaciones muestran una menor incidencia de agresiones físicas y conductas delictivas en chicas. Pero en ellas se da una mayor frecuencia de conductas antisociales no físicas (intimidación emocional, huidas de casa, picarescas en el colegio). Comparativamente con los chicos, las chicas suelen mostrar un patrón de inicio predominantemente en la edad adolescente.

### Concepto de “continuum” (Figs. 1 y 2)

Por lo tanto, deben quedar claros los siguientes conceptos sobre un supuesto “continuum” entre agresividad y violencia:

- No todo comportamiento agresivo es antisocial o criminal.
- No todo comportamiento antisocial es violento.
- La violencia siempre es un comportamiento antisocial.

### EL PROCESO DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es complicado si vamos más allá del diagnóstico de situación. El diagnóstico requiere, a menudo, una observación eficaz y pausada. Muchos adolescentes con trastornos conductuales pueden a su vez cumplir criterios para ser diagnosticados de trastorno por déficit de atención (TDA), depresión, trastorno límite de la personalidad, trastornos psicóticos, etc. En otras ocasiones, puede corresponder a una manifestación de ansiedad. Desde una ansiedad abierta (se manifiesta claramente a través de agresiones físicas, intimidación, uso de armas, desafío de la autoridad,...), hasta formas encubiertas de ansiedad, con manifestaciones más clandestinas (hurtos, hacer novillos, fugas del hogar, abuso de sustancias, encender fuego).

### Agresividad y frustración

Este es un aspecto muy interesante para analizar las conductas agresivas o violentas de niños y adolescentes. Podemos dis-

tinguir dos componentes, (no excluyentes y, a menudo, coexistentes) de la reacción ante la frustración:

- **Agresividad reactiva.** Se trata de una agresividad hostil y reactiva hacia una frustración. Existe irritabilidad, miedo o rabia en la respuesta, y ataques no planificados. Responde a una activación del sistema nervioso. Suele darse en niños y adolescentes impulsivos, sensibles, con tendencia a distorsionar las intenciones de los demás, y con escasas habilidades en la resolución de conflictos. El acto agresivo busca alguna recompensa o ventaja sobre el agresor.
- **Agresividad preactiva.** La agresión pretende obtener una recompensa o resultado. En este caso aumenta el nivel organizativo en detrimento de los aspectos más reactivos (miedo, rabia, irritabilidad). Importan los modelos aprendidos. El acto agresivo intenta causar un daño moral.

### Diagnosticar. Primer paso: ¿existe realmente un problema?

No es fácil responder a la pregunta. Hay que dilucidar donde acaban los límites de una conducta agresiva que se encuentra dentro de unos márgenes de normalidad y donde empieza una conducta con visos de patología.

Hay que considerar:

- El nivel: la gravedad y la frecuencia de los actos antisociales en comparación con los niños de la misma edad y sexo.
- La pauta y el escenario: la variedad de los actos antisociales y de los escenarios en que se llevan a cabo. Es importante valorar adecuadamente al niño que muestra patrones de agresividad tanto en casa como en la escuela. La conducta antisocial en público suele darse más en adolescentes.
- La persistencia o duración a lo largo de un tiempo determinado. Se supone un mínimo de seis meses para entender que una conducta anómala muestra persistencia.
- El impacto: la angustia y el deterioro social del propio niño y la disrupción y el daño causado a otras personas.

### Diagnosticar. Segundo paso: el diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial es amplio y requiere unos conocimientos mínimos de salud mental infanto juvenil. El diagnóstico diferencial incluye:

- Trastorno de conducta, trastorno de personalidad disocial o antisocial.
- Trastorno negativista desafiante.
- Trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad.
- Trastornos específicos del aprendizaje.
- Trastornos del humor: depresión mayor, distimia depresiva y trastorno bipolar.
- Trastorno por uso de sustancias.
- Trastornos de personalidad.
- Personalidad psicopática.
- Ansiedad.
- Trastornos psicóticos.

- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastornos del espectro autista.
- Desviación subcultural.
- Epilepsia y daño cerebral traumático.

### BUSCANDO LAS CAUSAS. SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LOS FACTORES DE PROTECCIÓN

Cualquier estrategia preventiva ha de basarse en el control de los factores de riesgo y en la potenciación de los factores de protección. De ahí que deba procederse a un correcto análisis de los mismos cuando se quiere actuar para disminuir los niveles de agresividad y violencia en niños y adolescentes.

### ¿Cuáles son los factores de riesgo?

#### Factores individuales

- Genéticos. Pero, ¿hasta que punto podemos hablar solamente de genética o debemos hablar también de ambiente familiar?. Es especialmente dañina la combinación de una predisposición genética con una educación adversa.
- Temperamento. Se habla del niño con un “temperamento difícil” que presenta una elevada reactividad, falta de control, respuestas muy bruscas, y con dificultades de adaptación.
- En un reciente trabajo, hemos demostrado como la situación de desesperanza en el adolescente supone un aumento del riesgo hacia conductas más agresivas. Ello tiene un enorme interés para los aspectos preventivos desde el Instituto de Enseñanza Secundaria.
- Alteraciones en la vinculación afectiva, especialmente durante los seis primeros meses de vida.
- Exposición a neurotoxinas durante el embarazo (especialmente alcohol y nicotina).
- Mal rendimiento escolar. En este caso debe hacerse una valoración multiaxial y descartar trastorno específico del aprendizaje. Se hace imprescindible un correcto y prioritario abordaje de estos trastornos para un correcto tratamiento de los problemas de conducta.
- Todas las formas de abuso de sustancias están asociadas con un riesgo incrementado de violencia. El tráfico de drogas genera crimen violento. Las drogas influyen la interacción social de una forma que pueden conducir hacia la violencia a causa que alteran las dinámicas, decisiones y estrategias en los episodios violentos y no-violentos.

#### Factores familiares

- El estilo de ejercer la paternidad. Se asocia la agresividad con un estilo coercitivo o inconsistente, escasa monitorización, bajo nivel de involucración positiva, y con el alto nivel intrusivo, punitivo o de rechazo. Es importante también valorar la llamada “regla de atención”, según la cual los niños se comportarán de la forma que sea necesaria para obtener una cantidad razonable de atención.

- Funcionamiento familiar. separación y divorcio mal gestionados, conflictividad conyugal, violencia doméstica.
- Estructura familiar: familias muy extensas, orden en la fratría, madres solteras. Se trata de factores muy relacionados con el nivel socio-económico bajo: falta de recursos.
- Psicopatología paterna: especialmente en el caso de un trastorno antisocial de la personalidad en el padre, abuso de sustancias en ambos padres, o depresión materna.
- Abusos físicos y sexuales.

#### Factores extrafamiliares

- Papel del vecindario. Influencia del barrio con conflictividad elevada, aglomeración, falta de recursos sociales.
- Compañeros de colegio y papel de contención del medio escolar. Se ha comprobado como los colegios donde existe una organización precaria, con un alto grado de rotación del personal, y con poco contacto con los padres, suelen ser generadores de mayores niveles de agresividad y trastornos de conducta en sus alumnos.
- Medios de comunicación. La violencia televisiva favorece las actitudes antisociales en los televidentes, debido a un aprendizaje de conductas y actitudes agresivas, menor sensibilidad ante la violencia ejercida sobre los demás, y miedo a ser víctima de la violencia. Son más peligrosos los programas que incluyen escenas eróticas y de desprecio hacia las mujeres.
- Videojuegos. Existen sobradas evidencias de que la utilización de videojuegos con contenido violento causa un aumento de la agresividad en niños de edades comprendidas entre 4 y 8 años. Este aumento de la agresividad se manifestaría durante el juego libre inmediatamente sucesivo al videojuego. También han demostrado que los estudiantes universitarios mostraban una agresividad incrementada en las tareas de laboratorio después de jugar a videojuegos violentos.
- Disponibilidad de armas. Si bien en nuestro país no se ha llegado aún a la proliferación de armas de fuego que puede existir en Estados Unidos, hay que considerar con que facilidad los adolescentes tienen fácil acceso a las armas blancas.

Pero existe aún otro factor que va en aumento: **la percepción de que vivimos en una sociedad violenta**. Tres son los ambientes que así nos lo transmiten:

- Conflictos étnicos sin resolver: los problemas de convivencia entre Israel y Palestina, la inmigración masiva desde África, o conflictos en nuestro país que implican actos de terrorismo.
- Conflictos entre las personas. ¿Dónde quedan el recurso al razonamiento y la cultura del acto y del consenso? Parece que no haya más respuesta que el uso de la fuerza.
- Conflictos intrafamiliares. Se ha pasado del autoritarismo a la ausencia de los límites necesarios para normalizar las conductas.

El mismo entorno parece hoy más violento. Existe fácil presunción de violencia en los demás (aumento de agentes de seguridad en las puertas de las discotecas, por ejemplo), vivimos en un momento de crisis de valores y de ética, falta la educación del sentido crítico para hacer frente al consumismo, y los jóvenes carece de una estabilidad laboral que les permita una emancipación de la familia.

Por si fuera poco, hay que añadir el fenómeno del **fin de semana**, en que se producen intercambios rápidos, sin demasiado compromiso, con falta de comunicación verbal que permita expresar los sentimientos, y con un alto consumo de tóxicos.

#### ¿Cuáles son los factores de protección?

##### Factores individuales

- Temperamento fácil, niño asequible.
- Nivel intelectual normal y elevado.
- Locus de control interno (capacidad de autocontrol).
- Autoestima y resiliencia suficientes.
- Competencia académica.
- Competencia social.
- Competencia en actividades, reconocida por el entorno.

##### Factores familiares

- Buena relación entre los padres y el hijo, basada en la calidez y la coherencia. Funcionamiento familiar adecuado, libre de tensiones.
- Ausencia de psicopatología paterna.
- Nivel socio económico suficiente.

##### Factores extrafamiliares

- Apoyo externo, desde todos los ambientes en que se relacione el niño o adolescente.
- Grupo de amistades.
- Disponibilidad de oportunidades para poder mostrar sus competencias.

#### LA EVOLUCIÓN Y EL PRONÓSTICO

Sabemos que la mitad de los niños que han presentado una alteración de conducta antes de los ocho años de edad, seguirán teniendo serios problemas en la edad adulta. En cambio, cuando el inicio ha coincidido con la adolescencia, el pronóstico es mucho mejor, con un 85% de posibilidades de un cambio positivo antes de los 20 años.

La **evolución desfavorable** se asocia con el inicio precoz, la gravedad y frecuencia de los actos antisociales, la comorbilidad psiquiátrica, el bajo nivel intelectual, la historia familiar negativa (especialmente antecedentes de criminalidad o alcoholismo en uno o ambos progenitores), la educación inadecuada (severa, incoherente, crítica, sin cariño, con escasa intervención y baja supervisión), y con un ambiente socio-económico desfavorable.

Los problemas que pueden aparecer al llegar a la edad adulta estarán relacionados con conductas antisociales (y sus consecuencias), problemas de adaptación social y laboral, trastornos psiquiátricos, redes reducidas de amigos, dificultades en las relaciones íntimas, y mayor frecuencia de problemas de salud y muerte más temprana.

## UNA APROXIMACIÓN AL TRATAMIENTO

Como se puede comprender, el abordaje terapéutico de la agresividad y la violencia requerirá un planteamiento muy fino de las posibilidades del diagnóstico diferencial y de las posibles comorbilidades que existan. Raramente un trastorno se presenta de forma aislada, y la agresividad puede ser síntoma de unos cuantos. Por ello, indicaremos unas líneas maestras en el esquema terapéutico, sin profundizar en ninguna de ellas. El tratamiento de estos niños debe ser hecho “a medida”.

### Intervenciones psicosociales

Representan el primer paso y el primer eslabón en el abordaje terapéutico. Hay que tratar al niño y a su entorno más inmediato. Estas intervenciones suponen:

- *Intervenciones familiares* (entrenamiento en habilidades parentales). Estas intervenciones no pueden improvisarse. Se pueden estructurar en cinco pasos, que no tienen por que seguir un orden concreto ni definido. Son los siguientes: 1) Promover el juego y la relación positiva. 2) Elogiar y recompensar el comportamiento socialmente aceptable. 3) Normas y órdenes claras. 4) Consecuencias lógicas y calmadas para el comportamiento no adecuado. 5) Reorganización de la planificación horaria del día del niño para prevenir problemas. A veces, la sola ubicación de los hermanos en habitaciones separadas resuelve problemas serios de rivalidad fraterna.
- *Técnicas cognitivo conductuales* (TCC) para el modelaje de las habilidades en el niño. Mientras que las TCC se han mostrado eficaces, no se ha observado ninguna efectividad con las terapias de tipo psicoanalítico.
- Técnicas para mejorar las actividades y relaciones interpersonales del niño.
- Técnicas en el propio colegio.
- Programas de prevención.

### Tratamientos psicofarmacológicos

No vamos a hacer un repaso de los fármacos que se han utilizado, según distintos autores y publicaciones, en el tratamiento de los trastornos asociados con la agresividad. Planteamos lo que debe ser el “decálogo” previo a considerar a la hora de implementar un tratamiento con fármacos psicoactivos.

- En primer lugar, conviene utilizar un diagnóstico psiquiátrico inicial, a menudo como hipótesis de trabajo, que pueda responder a una medicación o un enfoque biológico conductual

como base para la prescripción, y solamente después de una valoración diagnóstica completa.

- Solamente debe utilizarse la medicación para frenar la agresividad de forma coadyuvante, integrada en un plan de tratamiento psico-educacional, multidisciplinar y coordinado.
- Obtener consentimiento informado del tutor legal y del propio niño, de acuerdo con su edad y la consideración de su madurez evolutiva.
- En agresividad maladaptativa, intentar tratar el trastorno psiquiátrico en primer lugar.
- Cuando se empieza un tratamiento empírico, es importante comenzar empezando con las intervenciones más benignas.
- Cuando iniciamos un tratamiento, conviene tener algunas variables cuantificables para valorar la seguridad y la eficacia del fármaco:
  - a) Definir los comportamientos objetivo y las medidas de calidad de vida que deben ser monitorizadas.
  - b) Utilizar métodos empíricos (escalas, cuestionarios, validados y sensibles a la puntuación).
  - c) Obtener datos basales antes del tratamiento y durante el tratamiento para comparar.
  - d) Obtener datos a intervalos regulares durante el tratamiento.
- La medicación debe ser una variable única. Hay que hacer un plan de tratamiento con un claro inicio y un claro final.
- Conviene explorar los rangos de una medicación única antes de cambiar o añadir otro fármaco.
- Se recomienda iniciar con monoterapia y evitar la politerapia con dosis subterapéuticas de diversos fármacos.
- Vigilar los niveles plasmáticos siempre que sea posible.
- Valorar el tratamiento adecuado en cada caso para la patología primaria subyacente.

### LA PREVENCIÓN ES POSIBLE

El estudio de los adolescentes que saben manejar con éxito la exposición a la violencia y al daño, y que desarrollan **resiliencia** (capacidad de adaptación), permite examinar los factores comunes que presentan los adolescentes que no se ven envueltos en la violencia, la delincuencia, las drogas, y los embarazos. Esto nos lleva a investigar sobre las características saludables comunes (factores de protección), y permitir reforzar las habilidades de adolescentes en riesgo para desarrollar esas características protectoras y la habilidad de ser resilientes. Los factores que aumentan la resiliencia son:

1. Tener un sistema de apoyo (familia, profesores, monitores, ...).
2. Poseer consistencia en su entorno propio.
3. Ser socialmente competente, responsables, y con preocupación por los otros.
4. Poseer habilidades de resolución de problemas y la habilidad de desarrollar soluciones alternativas en las situaciones de frustración.

5. Tener la habilidad de aplicar el pensamiento abstracto, conceptual e intelectual, así como habilidades de razonamiento crítico y la habilidad de enrolarse en pensamiento reflexivo.
6. Poseer flexibilidad mental, de comportamiento y emocional.
7. Poseer buenas habilidades de comunicación, sentido del humor, sentido de autonomía, y un sentido positivo de independencia y auto-eficacia, autoestima alta, y control de impulsos.
8. Ser capaz de hacer planes y fijar metas.
9. Creer en el futuro.

### ¿Cuál es el rol del profesional de la salud?

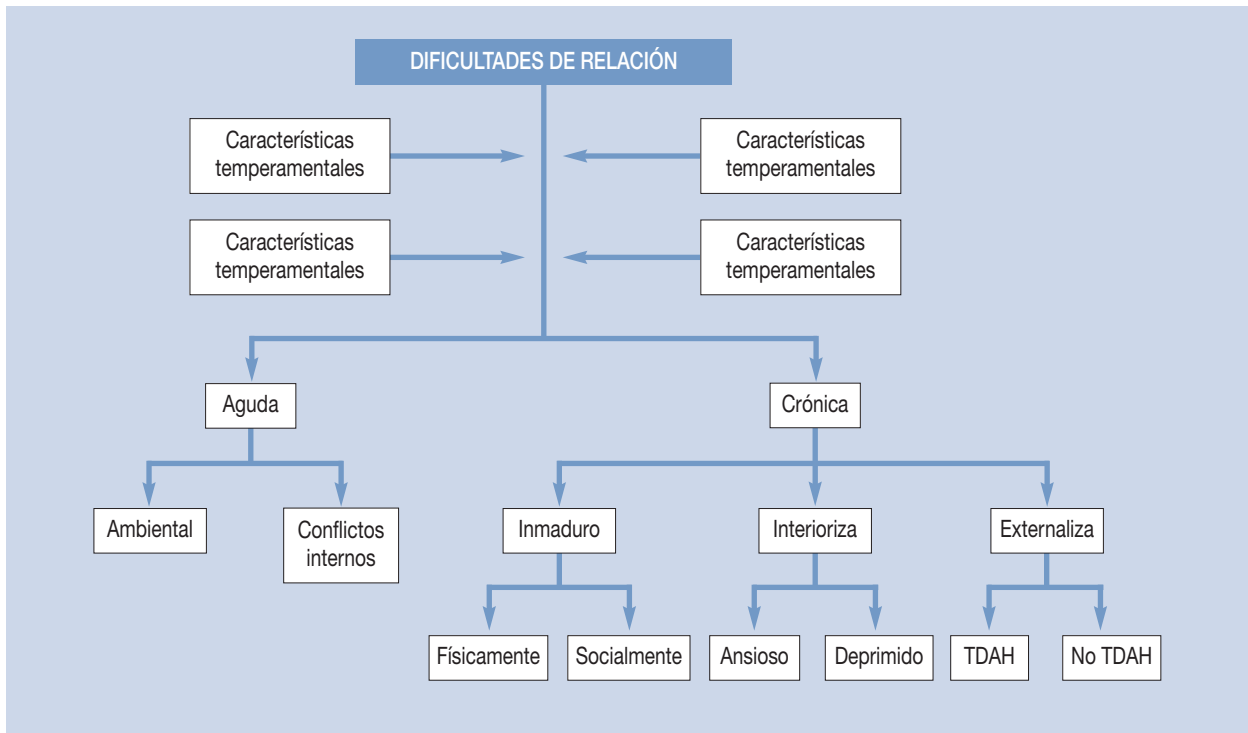
Los profesionales de la salud, trabajando en equipo multidisciplinar con los profesionales de la educación, deben estar alerta sobre los temas de violencia adolescente, con el fin de establecer estrategias efectivas para la evaluación, intervención, derivaciones argumentadas, y seguimiento de los adolescentes que se hallan en alto riesgo para la violencia.

Es de suma importancia recuperar la figura del “equipo sanitario escolar”, que debería contar con profesionales de la medicina y de la enfermería. En Catalunya, el **Programa “Salud i Escola”** compromete a los servicios públicos de Salud y a los de Educación para llevar esta prevención a la realidad práctica de cada Instituto de Educación Secundaria, donde, de forma constante, un profesional de la salud “abre” una consulta “in situ” para atender a los alumnos. El programa, cuya población diana se sitúa en los cursos 3º y 4º de ESO inicia ya su segundo año de singlatura, con muy buena aceptación por parte de los profesionales implicados en el mismo.

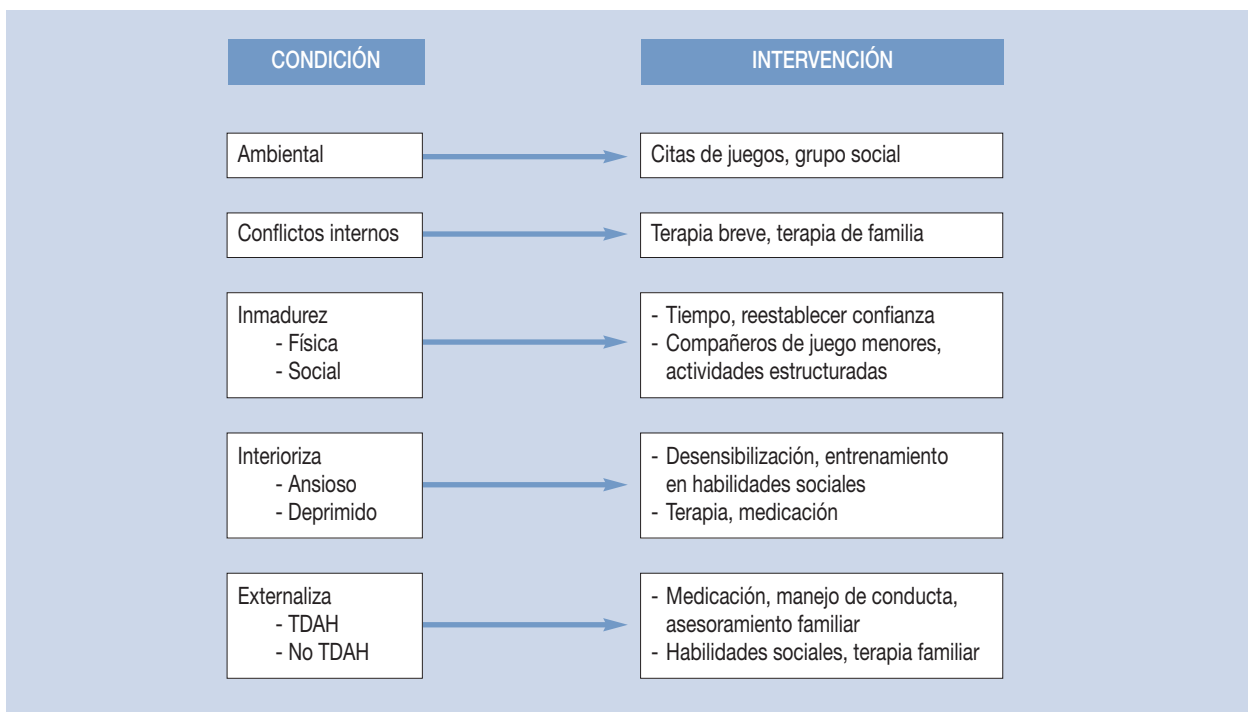
### BIBLIOGRAFÍA

1. Brown TE. Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. Barcelona: Masson; 2003.  
\*\*\*Se trata de una obra muy extensa sobre el TDA y la comorbilidad. Consideramos su interés práctico, ya que, posiblemente, nos encontremos ante un sobre-diagnóstico de TDA.
2. Connor DF. Agresión and antisocial behavior in children and adolescents, research and treatment. New York: The Guilford Press; 2004.  
\*\*\*Libro de texto de carácter teórico, y de revisión, muy orientado a psiquiatras, que revisa en profundidad los aspectos de la agresividad. Los tres últimos capítulos se centran en el abordaje clínico, el abordaje psicosocial y los tratamientos farmacológicos.
3. Hayez JY. La destructividad en el niño y el adolescente. Clínica y seguimiento. Barcelona: Herder Editorial; 2004.  
\*\*\*Se trata de una obra que revisa los aspectos psicológicos que van ligados a los comportamientos disruptivos de niños y adolescentes, con un apartado sobre indicaciones prácticas de cómo hacer el acompañamiento, manejar las conductas agresivas y violentas, aplicar sanciones, etc.
4. Mardomingo MJ. Psiquiatría para padres y educadores. Madrid: Narcea SA de Ediciones; 2002.  
\*\*\*Se explican de forma clara los trastornos mentales que pueden presentar los niños y adolescentes. Muy recomendable especialmente para los profesionales de la educación (y también para los profesionales de la salud que atienden pacientes con alteraciones en su salud mental).
5. Pratt HD, Greydanus DE. Adolescent Violence: Concepts for a New Millennium. *Adolesc Med* 2000; 11(1): 103-125.  
\*\*\*Revisión a fondo de los temas de agresividad y violencia especialmente en adolescentes. Se trata de un artículo de gran interés para profesionales.
6. Sabaté N, Sarlé M, Corbella A, Tomàs J. Agresividad y violencia en el adolescente. En: Tomàs J, Pedreira JL (eds.). *Condiciones psicosomáticas y su tratamiento en la infancia y la adolescencia: agresividad, violencia, insomnio, medios de comunicación, SIDA*. Barcelona: Editorial Laertes; 2001. p. 269-274.
7. Teixidor L, Tomàs J, Bielsa A. La conducta agresiva. En: Tomàs J (ed). *Trastornos de conducta social y trastornos psicóticos en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Editorial Laertes; 2000. p. 79-95.  
\*En este capítulo se plantea, en forma de revisión, el diagnóstico diferencial y la evaluación de los trastornos por agresividad en niños y adolescentes.
8. Turecki S, Tonner L. El niño difícil. Barcelona: Ediciones Medici; 2003.  
\*\*Se trata de una obra especialmente dirigida a padres, muy de tipo práctico. Puede ser de interés para el profesional de atención primaria que tenga entre sus cometidos la orientación familiar.

**ALGORITMO 1.** Dificultades de relación.



**ALGORITMO 2.** Intervención para las dificultades de relación.



## Caso clínico

---

David, 14 años, acude por primera vez a nuestra consulta por consejo del psicólogo escolar para tratar un posible déficit de atención con hiperactividad.

David es el pequeño de dos hermanos, en una familia sin antecedentes familiares de interés patológico, y con un nivel socioeconómico medio-alto.

La madre explica que, desde siempre David ha sido un niño inquieto y movido, inatento, y que molestaba a sus compañeros de clase. La madre, maestra de profesión, siempre ha intentado encubrir los problemas de David en base a su posible déficit de atención (nunca diagnosticado por ningún profesional médico).

Ha cambiado de escuela en tres ocasiones. Actualmente repite el segundo curso de ESO en un internado, del cual se ha escapado hace dos días.

En la entrevista, David evidencia sintomatología depresiva moderada, con escasa valoración de las situaciones y conductas de riesgo. El nivel de comprensión de la ética de sus actos es bastante escaso. Consume cannabis con cierta asiduidad.

Sin llegar a una hipótesis diagnóstica, David ha sido ya expul-

sado del Internad donde acudía y posteriormente de un Instituto, donde agredió físicamente a un profesor.

A los dos meses de la primera consulta, solicita visita de urgencia debido a un nuevo conflicto con un profesor del Instituto. Les citamos para la última hora de la tarde.

Cuando acude a consulta, David se muestra muy tranquilo y sosegado. Explica que se ha resuelto satisfactoriamente su problema. Él deseaba tener una moto, y esta misma tarde se la han comprado. Confirma que está acostumbrado a obtener con inmediatez sus deseos. Solamente acepta acatar las órdenes a cambio de obtener favores a cambio. David conduce “deportivamente” el automóvil de su padre por carreteras de montaña, los domingos por la mañana, acompañado de su padre como “copiloto”.

Un mes más tarde, David presenta una nueva crisis de agresividad, con destrozos importantes en el automóvil de su padre y agresión física a la madre, con posterior amenaza de suicidio, por lo que se ordena su ingreso en una Unidad Psiquiátrica para Adolescentes.

Regresa a la consulta cuando le dan el alta. Tanto David como sus padres nos piden que hagamos el seguimiento.



## Preguntas de evaluación

### PREGUNTAS SOBRE EL TEMA

1. *¿Cuál de los siguientes no es un factor de protección hacia conductas agresivas?*
  - a) Nivel intelectual elevado.
  - b) Competencias sociales adecuadas.
  - c) Nivel socioeconómico bajo.
  - d) Autoestima elevada.
  - e) Buenas relaciones padre - hijo.
2. *En relación al diagnóstico:*
  - a) Las conductas agresivas constituyen un diagnóstico en si mismas.
  - b) Es suficiente con valorar las características individuales del sujeto.
  - c) Puede realizarse exclusivamente con el uso de cuestionarios adecuados.
  - d) No es necesario descartar causas neurológicas.
  - e) Debe considerarse la posibilidad de un trastorno psicótico.
3. *Al considerar el tratamiento:*
  - a) Se realizará exclusivamente con psicofármacos.
  - b) Se podrá prescribir medicación antes de efectuar una evaluación diagnóstica completa.
  - c) No hace falta planificar la duración total del tratamiento.
  - d) Si no se obtiene una respuesta rápida, es aconsejable añadir otros fármacos sin evaluar previamente las posibilidades de dosificación.
  - e) Es aconsejable realizar un abordaje que considere distintas posibilidades: psicoeducación, psicofármacos, intervención social, ...
4. *¿Cuál de los siguientes cuadros no entraría en consideración en el diagnóstico diferencial?*
  - a) Trastorno obsesivo compulsivo.
  - b) Trastorno por estrés postraumático.
  - c) Trastorno específico del aprendizaje de la lectura.
  - d) Depresión.
  - e) Trastorno por uso de sustancias.

5. *En relación al “comportamiento antisocial limitado a la adolescencia”, señale cual es la respuesta falsa:*
  - a) Su comportamiento suele más agresivo y violento.
  - b) Tiene menos déficits cognitivos y neuropsicológicos.
  - c) Tiene más habilidades sociales adaptativas.
  - d) Suele cesar el comportamiento antisocial al inicio de la vida adulta.
  - e) Forma parte del desarrollo psicosocial normal de la adolescencia.

### PREGUNTAS SOBRE EL CASO CLÍNICO

1. *¿Qué hipótesis se plantearían para el diagnóstico diferencial?*
  - a) TDA-H.
  - b) Trastorno depresivo.
  - c) Trastorno disocial.
  - d) Trastorno psicótico.
  - e) Todas las anteriores.
2. *¿Cuál cree que sería el diagnóstico más aproximado?*
  - a) TDA-H.
  - b) Trastorno depresivo.
  - c) Trastorno disocial.
  - d) Trastorno psicótico.
  - e) Déficit educacional.
3. *¿Qué tratamiento considera que podría ser útil para David?*
  - a) Psicoterapia individual.
  - b) Orientación familiar.
  - c) Apoyo emocional y contención individual, asociado a orientación familiar, y a psicofármacos.
  - d) Psicofarmacología sola.
  - e) Internamiento.