

Perspectiva actual de la violencia juvenil*

John Leonardo Díaz Galvis, MD** †
Francisco de la Peña Olvera, MD** §
José Alfredo Suárez Reynaga, MD**
Lino Palacios Cruz, MD**

Resumen

Este artículo delinea algunas de las principales contribuciones biológicas y psicológicas que buscan explicar el fenómeno de la violencia juvenil. Se analizan los factores genéticos bajo los diferentes estudios de adopción, gemelos y familiares, así como los genes relacionados con la violencia. Se analiza el tópico de los neurotransmisores, especialmente los hallazgos relacionados con la serotonina. Al considerar los factores extrínsecos se subrayan los elementos relacionados con la violencia y el abuso físico y sexual además de la asociación con el consumo de alcohol y drogas. Se analiza de forma resumida lo concerniente a los medios de comunicación y la violencia. El artículo finaliza con una descripción de los tratamientos de la violencia desde una perspectiva farmacológica y psicoterapéutica. [Díaz JL, de la Peña F, Suárez JA, Palacios L. *Perspectiva actual de la violencia juvenil. MedUNAB 2004; 7:115-24*].

Palabras clave: violencia jóvenes, causas biológicas y sociales.

Introducción

La violencia juvenil está circunscrita a los periodos de la infancia y la adolescencia. Recientemente se ha hecho notorio el aumento de la prevalencia y severidad de los crímenes juveniles. Existe una necesidad imperante de conocer ampliamente este fenómeno para mejorar la efectividad de los programas de prevención y rehabilitación, principalmente porque es elevada la tasa de recidivas en delincuentes juveniles. De acuerdo al Departamento de Justicia de Estados Unidos, citado por Steiner y cols,¹ se ha encontrado que el 69 por ciento de convictos en libertad provisional en ese país son arrestados nuevamente dentro de los primeros seis años posteriores a su liberación.

Las propuestas tradicionales de la criminología y de la sociología ven a la delincuencia juvenil como una consecuencia del ambiente disfuncional y postulan que si los delincuentes son removidos de esos ambientes, serían capaces de abstenerse de aquellas actividades criminales, pero esto no parece ser suficiente. Los actos violentos y crímenes perpetrados por los adolescentes afectan en varios ámbitos, lo que ha generado el desarrollo de diversas tentativas de tratamiento. En el ámbito personal se presentan: deterioro emocional y físico e importantes consecuencias económicas que se extienden desde la

* Trabajo presentado parcialmente en el Simposio "El adolescente disocial" realizado en el Congreso Nacional de Psiquiatría de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, Monterrey (México), Septiembre de 2003.

** Clínica de Adolescentes, Instituto Nacional de Psiquiatría de México, México.

† Residente de Psiquiatría; Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México.

§ Profesor, Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Correspondencia: Dr. Díaz, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco 14370, Tlalpan, D. F., México. E-mail: adolesc@imp.edu.mx o leodiaz76@hotmail.com

Artículo recibido: 3 de marzo de 2004; aceptado: 29 de junio de 2004.

víctima, hasta el victimario y los familiares de ambos. En el ámbito social, los actos delictivos también afectan a la comunidad en general. Un tratamiento efectivo no sólo debe beneficiar a esos jóvenes y sus familias, sino también debe mantener a salvo a personas de ser posibles víctimas. Según Borduín,² en un estudio epidemiológico de la Oficina de Investigaciones Federales (FBI por sus siglas en inglés) reportó que en 1996 el 30 por ciento de los arrestos fueron hechos a jóvenes menores de 18 años, incluyendo el 19 por ciento de crímenes violentos y el 35 por ciento de los delitos a la propiedad. Además, se encontró que la cuarta parte de los adolescentes detenidos eran delincuentes caracterizados como crónicos o reincidentes, mismos que eran responsables de más de la mitad de los delitos cometidos por el total de los adolescentes.

Uno de los propósitos del tratamiento de los delincuentes juveniles es disminuir el número de crímenes, por lo que el principal objetivo de la intervención es atender a los delincuentes juveniles reincidentes o crónicos. Para la sociedad, los delincuentes juveniles significan un gran gasto ya que en especial aquellos que son violentos consumen muchos recursos tanto de salud mental, de justicia, en educación especial y en general se mantienen dentro de los sistemas de salud mental y justicia hasta la adultez.

El costo de la violencia suele ser una carga económica para cualquier nación. En Estados Unidos el costo por tratamiento médico de daños causados por armas es de US\$4 billones, el de la violencia doméstica es de US\$44 billones. En 1991 el costo promedio de heridas por armas de fuego fue de US\$14.343. El costo indirecto por pérdidas de propiedades, deterioro urbano, cuidados médicos, protección privada y justicia criminal fue de más de US\$255 billones.³

Colombia ha sido catalogado como uno de los países más violentos del mundo. En esta nación se concentra una particular relación entre la violencia y la salud, particularmente entre la población más joven. La tasa de homicidios es una de las más altas del mundo, siendo el principal grupo de afectados los hombres entre los 15 y los 24 años, además ocupa el primer lugar en términos de mortalidad por todo el conjunto de causas de violencia, ya que por cada cuatro colombianos muertos, uno es por causa de la violencia o por accidente.⁴

Es por esta razón que el tema de la violencia juvenil cobra especial importancia para los médicos generales, psiquiatras y en general todos los profesionales que atienden jóvenes en Colombia.

Contribuciones biológicas al comportamiento agresivo

Dentro de las diversas formas en las que se ha definido el constructo psicológico de la agresión, se ha intentado establecer la magnitud en la cual este comportamiento tiene

influencia tanto de factores genéticos, como de factores psicológicos y sociales, sin que se haya podido determinar el peso específico de cada factor.

Desde el siglo XIX se encuentran reportes de “investigaciones científicas” que han intentado explicar las causas biológicas de la violencia, éstas sin embargo en muchos de los casos se vieron influenciadas por factores racistas colocando una señal de alarma para futuras investigaciones que intenten clasificar “científicamente” a los seres humanos en mejores y peores, tal como queda señalado en la Declaración de Sevilla.⁵

A fines del siglo XX, con el desarrollo de la biología molecular y las técnicas de neuro-imagen, se ha logrado un avance importante en la investigación sobre este tema, y se confirma el hecho de que no es posible separar los aspectos biológicos de los ambientales, encontrándose imbricados. A continuación expondremos los principales hallazgos neurobiológicos en la violencia humana que existen hasta la fecha.

Temperamento. El temperamento es un factor intrínseco y no necesariamente genético. En él incluso influyen factores prenatales que pueden afectar la habilidad de adaptarse apaciblemente al ambiente. Algunos infantes pueden ser apacibles, relajados y tranquilos; y otros tensos, irritables y difíciles para confortar. El temperamento temprano no es necesariamente un presagio de agresividad posterior, pero existe evidencia que el comportamiento continúa a través del tiempo, desde la infancia hasta la adultez. Farrington⁶ y Kagan⁷ sugieren que los constantes comportamientos agresivos cuando se presentan después de los tres años se asocian con el inicio de conductas problemáticas y dificultades en las relaciones interpersonales. Otros autores reportan que una importante minoría de niños que manifiestan problemas de agresión a los ocho años de edad, presentan problemas similares en la adolescencia y en la adultez.⁸⁻¹⁰ Se estima que el comportamiento agresivo no está fijado al nacimiento o en la infancia temprana, y que depende mucho de la forma en que nuestros comportamientos se enfrentan al ambiente y la manera en que este medio ambiente satisface nuestras necesidades individuales.¹¹

Factores genéticos. Dentro de la genética se ha estudiado el tópico de la agresividad y el comportamiento violento en tres direcciones: a) factores de transmisión genética en el desarrollo de la agresividad desde la niñez hasta la adultez; b) condiciones ambientales que interactúan con los factores genéticos; c) evidencia adicional y directa de factores genéticos de la agresividad, presentada desde la perspectiva de la genética molecular, donde subyacen los mecanismos bioquímicos asociados con agresividad que se han venido encontrando y que pueden ser causados por algunos genes específicos.

Los estudios de reportes de los padres para medir el comportamiento agresivo en gemelos monocigotos y dicigotos

revelan que el factor genético explica del 42 por ciento al 60 por ciento de la variabilidad del comportamiento agresivo.¹²⁻¹⁶

Sin embargo, actualmente se considera que las contribuciones genéticas o ambientales se modifican a lo largo de la vida. Existe la tendencia a explicar el comportamiento violento o agresivo del niño y del adolescente como una conducta que tiene una fuerte influencia del ambiente.

Estructura cerebral y función. Los pacientes que han sufrido daño cerebral aportan grandes indicios a la neurobiología del comportamiento impulsivo agresivo.¹⁷ Se han relacionado algunos patrones de lesión con la severidad de la agresión. La corteza orbitomedial prefrontal está involucrada en el control y en la inhibición de las conductas impulsivas por lo que las lesiones en esta área pueden resultar en conductas agresivas desinhibidas. A nivel del área temporal, el sistema límbico -y principalmente estructuras como el hipocampo y la amígdala-, también se relacionan con alta frecuencia de comportamientos violentos. Existe evidencia de que estas asociaciones son más claras cuando las alteraciones se encuentran ubicadas en el hemisferio dominante.

Se ha encontrado que la hiperactividad de la función noradrenérgica está correlacionada con el comportamiento agresivo en los seres humanos basados en que: existe un aumento del ligando al receptor beta-adrenérgico en las áreas de la corteza prefrontal y temporal en los cerebros de quienes han consumado suicidio por medio de mecanismos impulsivos de alta letalidad;¹⁸ mientras que quienes sólo han intentado pero no han consumado el suicidio muestran aumento de los niveles de 3-metil-4-hidroxifenilglicol en líquido cefaloraquídeo (LCR).¹⁹

Finalmente, por medio de la electroencefalografía y de manera más específica, la imagen por emisión de positrones (PET) y la tomografía computarizada de emisión única de fotones (SPECT), han demostrado en sujetos violentos una reducción selectiva en el metabolismo de la glucosa prefrontal, especialmente en sujetos impulsivos.

Género, factores hormonales y violencia. El género es un predictor importante de conducta violenta y suicida, ya que estas conductas son significativamente más frecuentes en los hombres; sin embargo, no ha sido posible determinar que esto obedezca a causas biológicas. Las concentraciones altas de andrógenos parecen jugar un papel importante en la regulación del comportamiento agresivo.^{20,21} Un estudio reportó que niños con trastorno de conducta (TC) presentaban niveles plasmáticos significativamente más altos de sulfato de dehidroepiandrosterona y niveles marginalmente superiores de androstenediona, pero niveles sin diferencias significativas de testosterona en comparación con los controles, en la discusión se hizo énfasis en que los niveles de dehidroepiandrosterona se correlacionaban positivamente con los niveles de agresividad.²²

Los niveles altos de testosterona circulante también se han asociado con conducta agresiva en hombres y mujeres jóvenes, sin embargo esto no ha podido ser probado en todos los estudios. No queda claro además si los niveles hormonales son un antecedente o una consecuencia de la conducta violenta. Las hormonas sexuales no son las únicas implicadas en las conductas agresivas; en algunos animales se ha encontrado una relación entre el aumento de niveles de corticoesteroides y el comportamiento violento.²³

En conclusión, sería ingenuo considerar que sólo un sistema neurobiológico tiene influencia en el comportamiento agresivo. Desafortunadamente no existen estudios que permitan conocer las interacciones precisas entre ellos, lo cual abre un campo amplio en la investigación a este nivel.

Contribuciones extrínsecas al comportamiento agresivo

El factor de riesgo más consistente en la mayoría de investigaciones sobre conducta de violencia juvenil es que la edad de inicio de la manifestación sea antes de los diez años. En estos niños se han encontrado déficit neuropsicológicos principalmente en las áreas prefrontales, mayores problemas de atención e impulsividad, y de aprendizaje y de lenguaje. Su seguimiento a través del tiempo evidencia además que del 20 al 45 por ciento de estos niños desarrollarán un trastorno de la personalidad antisocial en la edad adulta.⁴⁹

Otros factores de riesgo que empobrecen el pronóstico de los sujetos con conductas violentas son: el bajo nivel socioeconómico, la pobreza cultural, la falta de hogar, el deterioro cognoscitivo, la inconsistencia de la figura paterna, problemas en la relación con los padres, el pertenecer a una banda o asociación con delincuentes, el porte de armas y el consumo de sustancias. Por otro lado, se considera que los factores protectores son: un alto coeficiente intelectual, un temperamento accesible, facilidad para relacionarse con otros, buenos hábitos escolares, otras áreas de competencia fuera de la escuela, compañeros prosociales, responsabilidad y una autodisciplina.²⁴

En Colombia se realizó un estudio recientemente publicado, en el que se identifican las variables de personalidad, familiares, de amigos y ambientales asociadas con violencia en adolescentes. Los resultados muestran que dentro del dominio de la personalidad, los adolescentes que usan drogas y aquellos que son más tolerantes con el comportamiento desviado de la norma tienen mayor comportamiento violento. En el dominio familiar, el uso de drogas por los padres y los hermanos son fuertes predictores de violencia en el joven. En el dominio de los amigos, el tener amigos que usan drogas y el tener amigos disociales predicen mayor violencia juvenil. Por último, en el dominio

ambiental, el haber sido víctima de violencia fue uno de los predictores más fuertes de violencia.²⁵

Consecuencia del abuso y la negligencia durante el crecimiento. Es difícil establecer exactamente cómo el abuso físico, incluyendo el sexual, y la negligencia contribuyen al desarrollo de la violencia. Este tópico se ha estudiado principalmente en cohortes de sujetos que sufrieron de abuso físico o negligencia en la infancia y que se registraron ante las autoridades policíacas. Se ha reportado que la violencia y los síntomas de trauma psicológico pueden explicar más del 50 por ciento de la variabilidad del comportamiento violento.²⁶ Los niños que sufren abuso o los abandonados comienzan la carrera delictiva más tempranamente y tienen más arrestos.^{27, 28}

Lewis, en una revisión sobre el desarrollo de la violencia, resume que las experiencias de abuso contribuyen a la agresión en diversas formas y que consisten principalmente en: 1) proveer un modelo de violencia; 2) enseñar la agresión a través de reforzamientos; 3) infligir dolor; 4) la producción de daños en el SNC que son asociados con la impulsividad, la labilidad emocional y el deterioro del juicio; probablemente por la afección de los neurotransmisores y la fisiología cerebral; 5) la creación de un sentido de estar en peligro y así incrementar los sentimientos paranoides y mala percepción de su entorno y 6) la disminución de la habilidad del sujeto para reconocer sentimientos y expresarlos en palabras en lugar de actuarlos.¹¹

Los medios de comunicación y la violencia. El 14 de diciembre de 1994 Kolbert reporta, en el diario *The New York Times*, que los niños en Estados Unidos ven un promedio de 100,000 actos violentos en televisión antes de terminar sus estudios de primaria. Aparentemente esta cifra contempla todo tipo de programas, desde los de acción y peleas, hasta los noticieros y series de televisión. Singer y cols. realizaron una encuesta en niños de 8 a 11 años de edad y reportaron que los niños que ven más horas de televisión durante el día, manifiestan más sintomatología traumática y mayores niveles de comportamiento violento. Los niños que prefieren ver programas de acción y violencia muestran mayores niveles de comportamiento violento (fenómeno *Gangsta Rap*) que aquellos que ven otro tipo de programas.²⁹ En la actualidad se considera la exposición a programas violentos en la televisión como un factor de riesgo para el desarrollo de la violencia.³⁰ En esta área se encuentra uno de los retos más importantes para la investigación del comportamiento violento, ya que el impacto potencial de estudios puede contribuir a la legislación en materia de violencia y su relación con los medios masivos de comunicación.

Alcohol, drogas y violencia. El uso y abuso de alcohol y drogas, en especial los estimulantes, inhalantes y el LSD se relacionan con conductas violentas en los adolescentes. En Estados Unidos el 33 por ciento de los jóvenes detenidos por la policía durante un acto violento dan un resultado positivo para el consumo de alcohol o drogas. Más del 40

por ciento de los jóvenes asesinos reconocen haber estado bajo el efecto de alguna sustancia al momento del delito. El tráfico de drogas está relacionado con el porte de armas, la actividad en bandas y es parte importante en el incremento de las tasas de homicidios en los últimos años.³¹

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones en México, los adolescentes varones que trabajaban, que están expuestos a drogas dentro de la familia y que se relacionaban con amigos consumidores de drogas, tienen un riesgo incrementado de consumir drogas y presentar depresión e ideación suicida.³² Además se ha reportado que en los estudios de sujetos en salas de urgencias, el consumo de alcohol es mayor en los pacientes que se atienden por accidentes o actos violentos que los atendidos por alguna causa médica. Se detectó alcohol en sangre en el 17.7 por ciento de los pacientes heridos o accidentados y en el 9.2 por ciento padecían de dependencia al alcohol.³³

Manifestaciones de la violencia humana

En los humanos, al igual que en otros animales, se encuentran dos categorías de agresión: la agresión predatora también llamada instrumental y la agresión afectiva denominada en otros textos como hostil.

La agresión predatora o instrumental incluye una muestra relativamente no emocional de comportamiento agresivo que es dirigido para obtener algún objetivo o recompensa. Por otra parte la agresión afectiva u hostil, que incluye el comportamiento agresivo que toma lugar dentro del contexto de enojo o temor (altamente emocional), es menos controlada, más impulsiva y frecuentemente surge como una reacción defensiva en respuesta a la percepción de alguna frustración, algún insulto o provocación, por lo que Berkowitz la etiqueta como "agresión emocional". Este autor sugiere que las situaciones no placenteras producen un afecto negativo generalizado, el cual a su vez evoca a una red de asociaciones cognoscitivas, de excitación fisiológica y de comportamientos relacionados con la tendencia al combate y al escape.³⁴

En la agresión predatora o instrumental, el estudio se enfoca a la agresión no impulsiva en un contexto de un comportamiento antisocial persistente. En la agresión hostil o afectiva se estudia el componente impulsivo de la agresión, frecuentemente acompañada de desinhibición e inestabilidad afectiva, pero no necesariamente con tendencias antisociales y a veces autodirigida; puede estar asociada con daños neurológicos específicos que involucran los lóbulos temporales y frontales, al consumo de sustancias o a rasgos de temperamento o de personalidad.³⁵

Por otro lado, individuos con agresividad predatora o instrumental regularmente presentan menos inestabilidad afectiva y su comportamiento agresivo está dirigido

hacia un objetivo diferente que el de solamente dañar a la víctima. Su nivel de excitabilidad es menor, teniendo como evidencia la baja frecuencia cardíaca y la baja conductancia en la piel. Los hallazgos de la baja excitación fisiológica (v. gr. frecuencia cardíaca -FC- y conductancia en la piel; incremento de ondas lentas en el EEG, pobre condicionamiento clásico) son sólidos y más replicados en poblaciones de sujetos antisociales que en poblaciones sanas.³⁶

La violencia asociada con enojo y agresión emocional puede tener apuntalamientos fisiológicos muy diferentes. Se ha sugerido que los factores de riesgo para la agresión emocional incluyen una predisposición a una excitación afectiva negativa y a la falta de habilidad para regularla. También se sugiere que este efecto puede ser más pronunciado en individuos que experimentan estresores o ambientes sociales adversos, donde el afecto negativo y la excitabilidad pueden ser potencializados. Estudios de laboratorio han sugerido que una sobreexcitabilidad puede facilitar la agresión; y estudios clínicos también han indicado una relación entre una excitabilidad fisiológica aumentada, una emocionalidad negativa y un comportamiento agresivo antisocial en algunas poblaciones con incremento de la agresión, y en sujetos expuestos a ambientes familiares adversos. Así, la relación entre el aumento de la excitabilidad fisiológica y un comportamiento antisocial suele ser más específico del enojo o de violencia de tipo emocional. En el intento de investigar las reacciones fisiológicas en niños, Pitts agrupó a niños de acuerdo al tipo de conducta agresiva y encontró una disminución de la FC en ambos grupos, pero con una tendencia a mayor FC en el grupo de agresión hostil o emocional.³⁷

Aspectos para categorizar un problema de conducta. Para clasificar o establecer un diagnóstico categórico de un problema de conducta en niños y adolescentes se deben incluir los siguientes cinco aspectos: 1) la presencia de una constelación sintomática; 2) los síntomas deben tener una estabilidad temporal y deben ser mayores que el estrés adaptativo o cambios; 3) los síntomas deben presentarse en diferentes contextos (casa, escuela, amigos, trabajo, etcétera) y, en el caso de niños y adolescentes, manifestarse ante otros adultos además de los padres (v. gr. maestros); 4) los síntomas deben alcanzar una severidad determinada para el trastorno en estudio (v. gr. leve, moderado y grave); y 5) los síntomas deben interferir en el desempeño psicosocial o con la habilidad del niño para contender con los retos del desarrollo biopsicosocial.

La complejidad psicosocial del comportamiento agresivo y su etiología heterogénea son los mayores obstáculos para cualquier subtipificación válida. En los niños y los adolescentes no se ha intentado ninguna nueva clasificación del comportamiento agresivo desde el DSM-III, en el cual se subdividían las conductas en socializadas y no socializadas, pero no se mantuvo en la revisión posterior, ni en la siguiente edición. La conducta socializada se refería al comportamiento antisocial en los grupos de compañeros

-agresión instrumental-; mientras que la conducta no socializada se consideraba como una falta de habilidad para formar apego incluso entre grupos de iguales y con más probabilidad de que se expresara en una forma de agresión afectiva. Recientemente, en el DSM-IV, se cambió la clasificación del TC, la que inicia en la infancia versus la de inicio en la adolescencia, también denominada como de inicio temprano o de inicio tardío. En esta categoría también se codifica la intensidad del padecimiento en leve, moderado y severo.³⁸ Estos subtipos difieren respecto a las características de presentación, historia de desarrollo, relación entre la frecuencia entre hombres y mujeres, el curso y el pronóstico. Moffitt³⁹ ha propuesto una taxonomía evolutiva para esos dos subtipos, en la cual un pequeño grupo encaja en un comportamiento antisocial a través de todas las etapas de la vida y un grupo mayor que es antisocial sólo durante la adolescencia. Se ha pensado que los problemas del control de los impulsos conducen a un comportamiento antisocial crónico a lo largo de la vida y consistente con esta predicción teórica, el comportamiento impulsivo se ha asociado con delincuencia más grave y estable a través del tiempo.³⁴

La aplicación del análisis de factores y de grupos a patrones de conducta antisocial en niños ha permitido estudiar una serie de constructos, entre los que se encuentran: el comportamiento antisocial abierto-encubierto, proactivo-reactivo y predatorio-afectivo. El comportamiento abierto (discutir, pelear y berrinches) es hostil y francamente desafiante, mientras que el comportamiento encubierto (hurtar, haraganear e incendiar) tiende a ser cauteloso y oculto. Es más probable que el primero sea impulsivo, con pobre control y acompañado de enojo y temor, mientras que el segundo es controlado e instrumental. La aplicación de estos constructos aún no es clara en poblaciones clínicas o no se han establecido bien los puntos de corte.⁴⁰

Trastorno de conducta. El 80 por ciento de los jóvenes detenidos por actos violentos cumplen con criterios para un TC. Este presenta una comorbilidad hasta del 50 por ciento con TDAH, lo que aumenta el riesgo de cometer actos violentos e impulsivos, así como una comorbilidad del 25 por ciento con el TDM. Debe enfatizarse que los jóvenes con TDAH sin comorbilidad con TC no presentan un mayor riesgo de realizar conductas violentas.^{24, 41}

El TC tiene un prevalencia que varía entre el 1.5 por ciento y el 3.4 por ciento en los niños y en los adolescentes. El pico de la edad de inicio es en la infancia tardía o en la adolescencia temprana. La razón entre hombres y mujeres varía de 3.2:1 a 5:1, dependiendo el rango de edad y siendo siempre más frecuente entre los hombres. La diferencia de presentación entre sexo se marca principalmente en la adolescencia y los hombres suelen presentar comportamientos abiertos, mientras que en las mujeres su comportamiento tiende a ser encubierto. En la mayoría de los adolescentes con TC más severo dichas diferencias tienden a desaparecer. El curso del TC tiende al empeoramiento al inicio de la adultez y con tendencia a disminuir

Tabla 1. Criterios diagnósticos del trastorno de conducta de acuerdo al DSM-IV TR.

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos seis meses:

Agresión a personas y animales

- A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
- Inicia pelias físicas.
- Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (v. g., bate, ladrillo, botella rota, navaja o pistola).
- Ha manifestado crueldad física con personas.
- Ha manifestado crueldad física con animales.
- Ha robado enfrentándose a la víctima (v. g. ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada).
- Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad

- Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
- Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto a provocar incendios).

Fraudulencia o robo

- Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.
- Con frecuencia miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "tíma" a otros).
- Ha robado ciertos objetos de valor sin enfrentamiento con la víctima (v. g. robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones).

Violaciones graves de las normas

- A menudo permanece fuera de casa por la noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.
- Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustituto (o sólo una vez sin regresar durante un largo periodo de tiempo).
- Suele hacer novillos en la escuela (escaparse de ella), iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Especificar el tipo en función de la edad de inicio:

Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno de conducta antes de los diez años de edad.

Tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica criterio de trastorno de conducta antes de los diez años de edad.

Especificar la gravedad: Leve, moderado o grave

conforme avanza la vida adulta. Aproximadamente el 40 por ciento de los niños con TC desarrollan posteriormente un trastorno de la personalidad antisocial. El pronóstico es muy variable y va a depender de los factores de riesgo y protección de cada sujeto.⁴² En la tabla 1 se presentan los criterios diagnósticos para el TC de acuerdo al DSM-IV TR.

Tratamiento de la violencia juvenil

Perspectiva psicofarmacológica. Hasta ahora no existe ningún fármaco para el tratamiento específico del comportamiento agresivo en niños y adolescentes.⁴³ En general las herramientas más utilizadas en el manejo agudo de las conductas agresivas son los antipsicóticos, los hipnóticos del tipo barbitúrico y las benzodiazepinas, debido sobre todo a sus propiedades sedantes. En el tratamiento prolongado o en casos especiales (v. gr. epilepsia, trastorno bipolar (TB) se ha recurrido a anticonvulsivos, carbonato de litio y antagonistas β -adrenérgicos, y más recientemente,

el uso de fármacos antidepresivos de tipo serotoninérgico. Sin embargo, ninguna de estas herramientas parece ser la solución definitiva al problema. Además, los efectos de un mismo fármaco pueden ser distintos según la patología de base que ocasiona el comportamiento violento. El metilfenidato (MFD) utilizado en sujetos con TDAH puede desencadenar respuestas agresivas en individuos con TB. Las benzodiazepinas, utilizadas ampliamente en el manejo a corto plazo de las conductas violentas pueden ocasionar, dado su efecto desinhibidor, episodios de agresividad paradójica en algunos pacientes.⁴³

Estos hechos motivaron la búsqueda de nuevas alternativas farmacoterapéuticas específicas para el tratamiento de las conductas agresivas y que no ocasionaran relevantes efectos colaterales y que no presentaran problemas de seguridad en su administración. De esta forma, a mediados de la década de los 80 se comenzó a estudiar una nueva clase de psicofármacos, diseñados específicamente para el tratamiento de la agresividad, que se denominaron "serenoides", agentes bicíclicos, derivados

Tabla 2. Guía para la evaluación y tratamiento del trastorno de conducta severo e indicaciones para el tratamiento farmacológico.**1. Manejo de crisis en caso necesario:**

- Hospitalización y terapia de crisis.
- Antipsicóticos si persiste la agresividad.

2. Evaluar la psicopatología del adolescente y su contexto:

- Vulnerabilidades psiquiátricas.
- Ambiente familiar y contexto social.
- Funcionamiento académico.
- Alteraciones cognitivas.
- Historia de tratamientos previos.

3. Escoger las intervenciones apropiadas para cada caso individual de acuerdo a la evaluación previa.

- Terapia familiar, terapia cognitivo conductual, terapia multisistémica, etcétera.

4. Considerar farmacoterapia cuando:

- Persiste el trastorno de conducta.
- Existe morbilidad psiquiátrica asociada.

5. Después de la prescripción, evaluar:

- Aceptación del tratamiento por el adolescente y su familia.
- Cuantificar los síntomas blancos y hacer seguimiento.

6. Escoger el medicamento de acuerdo a los puntos 4 y 5.

- TDAH: estimulantes.
- Labilidad emocional: Estabilizadores del ánimo.
- Agresividad: Estabilizadores del ánimo o antipsicóticos.
- Ansiedad: Antidepresivos.

7. Siempre utilizar intervención psicosocial y de apoyo a la familia.

de las arilpiperazinas. Se trata de agentes agonistas de los receptores 5-HT_{1A/1B}, cuyo primer exponente fue la eltoprazina. Desafortunadamente el desarrollo de este fármaco fue discontinuado, quizás por ocasionar un fenómeno de tolerancia a sus efectos terapéuticos y por su capacidad sedante a dosis altas.^{44, 45}

El tratamiento farmacológico del trastorno de conducta se debe guiar por los principios descritos por Campbell. Estos principios incluyen: 1. identificar los síntomas blancos, 2. obtener el listado de tratamientos farmacológicos previos. 3. observar por lo menos durante dos semanas los síntomas objeto de tratamiento. 4. Complementar el tratamiento con un abordaje psicosocial (ver tabla 2).⁴⁶

El recurso del medicamento para el control de individuos con comportamiento agresivo o violento debe contemplar tres aspectos diferenciales: 1) el tratamiento agudo y personalizado del individuo violento peligroso; 2) el tratamiento de las conductas agresivas a mediano y largo plazo que busque minimizar estos comportamientos; y 3) el tratamiento del problema psiquiátrico u orgánico que origina las conductas.⁴⁷

Perspectiva psicosocial

Terapia multisistémica. Actualmente solo tres tratamientos psicosociales han sido evaluados a través de

estudios controlados: 1) el entrenamiento para padres, el cual está dirigido a cambiar el patrón de relaciones padre-hijo en el hogar; 2) entrenamiento cognitivo en habilidades para resolver problemas, el cual se centra en procesos cognitivos asociados con el comportamiento social; y 3) la terapia multisistémica, la cual se centra en los sistemas individuo-familia-ambiente como vía para reducir los síntomas y promover el comportamiento pro-social. Esta última intervención es la única que ha mostrado resultados positivos para el control del comportamiento violento en forma sostenida, y a largo plazo se utiliza para trastornos del comportamiento graves.

Los principios de la terapia multisistema se basan en la teoría general de sistemas y en la teoría social-ecológica de Bronfenbrenner. Esta terapia considera al individuo y al ambiente que le rodea como sistemas en conexión permanente con influencias que son recíprocas y dinámicas.⁴⁸

Tiene como objetivo identificar los problemas actuales del adolescente y su familia dentro del ambiente comunitario, analizar los problemas identificados con base en la interacción dinámica de los subsistemas involucrados y por último diseñar las intervenciones que se adecuen a cada caso particular. Estas intervenciones serán realizadas en el ambiente natural en el que se desenvuelve el adolescente.⁴⁹

Los principios sobre los que se basa la terapia multisistémica son: 1) comprender la forma en que interactúan

los problemas que se identifiquen; 2) el terapeuta favorece lo positivo de la intervención con el fin de motivar a los padres y al adolescente a que participen; 3) las intervenciones están diseñadas para promover entre los miembros de la familia las conductas responsables; 4) las intervenciones están enfocadas al presente y orientadas a la acción sobre problemas específicos y bien definidos; 5) las intervenciones están orientadas secuencialmente hacia los diferentes sistemas que mantienen el problema; 6) las intervenciones se diseñan tomando en cuenta el nivel de desarrollo del adolescente; 7) las intervenciones requieren la participación activa y permanente de la familia; 8) se hacen evaluaciones permanentes de la efectividad de las intervenciones; y 9) las intervenciones están planeadas para promover la generalización del tratamiento y para mantener los cambios a largo plazo.⁴⁹

La implementación de la terapia se hace una vez identificada la necesidad de intervención en un adolescente, bien porque ha sido referido a un servicio de salud, porque ha tenido problemas con la justicia o porque ha acudido a un servicio de urgencias.

El equipo de terapia multisistémica está compuesto por tres a cinco terapeutas, los cuales están vinculados de tiempo completo, y un supervisor de medio tiempo especialista en la terapia, quien semanalmente se reúne con el equipo para plantear las intervenciones a seguir en forma individualizada y además para evaluar la efectividad de las actividades. El equipo lo completa el soporte administrativo del mismo.

La terapia multisistémica tiene una duración de entre tres y cinco meses con la posibilidad de aumentar dicho periodo dependiendo de los resultados conseguidos. Una vez el terapeuta contacta la familia y se reúne para realizar el listado de problemas en el aquí y en el ahora, se realiza una reunión en la que el equipo completo discute las interacciones dinámicas de la problemática del joven y propone el plan a seguir. Las intervenciones pueden contener actividades psicoeducativas, terapia cognitivo conductual, entrenamiento en habilidades para resolver conflictos, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento para padres, entre otras.⁴⁹

Un estudio clínico aleatorizado y controlado publicado recientemente, examinó algunas alternativas terapéuticas para pacientes con trastorno de conducta que requerían hospitalización por diversos motivos. Se reclutaron 116 pacientes adolescentes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Carolina del Sur (Estados Unidos) y que reunían criterios para ser hospitalizados. Los pacientes que aceptaron la participación fueron asignados a un grupo tratado con terapia multisistémica o a un segundo grupo que fue tratado con hospitalización breve. Se midió a lo largo del año de seguimiento la trayectoria de los síntomas, los cuales incluyeron conductas disociales, autoestima, relaciones familiares, relaciones con los amigos, asistencia a la escuela y satisfacción con el

servicio, además de evaluar el funcionamiento familiar. En los primeros meses después del reclutamiento la terapia multisistémica fue considerablemente más efectiva que la hospitalización para mejorar el funcionamiento en general del individuo, ayudando a mantener a los jóvenes en el hogar y acudiendo a la escuela regularmente.⁵⁰

La terapia multisistémica también fue más efectiva en el mejoramiento de la función familiar, principalmente incrementando la estructura como mecanismo clave para adquirir resultados positivos.⁵⁰ El mismo equipo de investigadores realizó un estudio en el que comparó la terapia multisistémica con la intervención de servicios comunitarios usuales en jóvenes infractores con abuso de sustancias. La muestra incluyó a 118 jóvenes, los cuales fueron seguidos durante los cuatro años posteriores a la intervención realizada. Los resultados mostraron una diferencia estadísticamente significativa entre las dos intervenciones, indicando que la terapia multisistémica fue más efectiva en disminuir la frecuencia de crímenes violentos, reduciendo el número de detenciones por los servicios de justicia y aumentando el periodo de abstinencia al uso de marihuana.⁵¹

Conclusiones

Contrariamente de lo que se espera de una sociedad cada vez más desarrollada, el costo social y económico de las secuelas del comportamiento agresivo y violento tiende a ir en aumento a nivel mundial, siendo los adolescentes y adultos jóvenes los más implicados. A pesar de lo que se sabe hasta ahora de la conducta violenta o agresiva, continúa la necesidad de identificarla y prevenirla tempranamente, encaminando los esfuerzos a reducir el número de factores de riesgo e incrementar los factores protectores, a través de medidas de impacto en la población en general, medidas selectivas a poblaciones de riesgo y medidas de rehabilitación de delinquentes.

Hasta ahora se conoce que en promedio el factor genético explica cerca del 50 por ciento de la varianza del comportamiento agresivo. Se sabe que la variación de la influencia genética y de la ambiental se modifica a lo largo de la vida del ser humano. Se encuentran implicados en este fenómeno múltiples genes (v. g. el gen del receptor 5-HT_{1B}, el gen de la MAO y el gen de la CaMKII); el temperamento, las lesiones cerebrales (v. g. de la corteza prefrontal o el área temporal), los esteroides sexuales, la serotonina, la noradrenalina la dopamina y la vasopresina influyen en estos comportamientos. El abuso y negligencia durante la infancia, el consumo de sustancias y los medios de comunicación también lo hacen. No ha sido posible establecer hasta grado preciso en qué participa cada elemento o la interacción de éstos en la génesis de la violencia.

Aunado a lo anterior, se encuentra el problema para la clasificación o categorización de la conducta agresiva o violenta. Si bien la mayoría de las investigaciones se ha-

cen con sujetos que principalmente muestran agresividad afectiva, existe un vacío en la investigación de la conducta agresiva predatora, por su dificultad para identificarla y el subregistro del costo social y económico que implica, porque puede ser menos violenta.

La falta de medicamentos efectivos y específicos para el tratamiento de la agresividad ha llevado a la utilización de antidepresivos, el carbonato de litio, anticonvulsivos y agonistas β -adrenérgicos con resultados limitados.

Hasta ahora la terapia multisistémica es la que ha demostrado ser uno de los métodos de tratamiento más efectivos para el control del comportamiento agresivo o violento, ya que abarca tanto el tratamiento farmacológico, terapia individual, la familiar y de integración social de los delincuentes.

El estudio de la violencia juvenil obliga al psiquiatra a sumar esfuerzos con otros clínicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores e inclusive legisladores y sociedad civil en general para comprender y enfrentar el desafío de este complejo fenómeno.

Abstract

Youth violence: An update. In this article we try to summarize the principal concepts around the biological and psychological contributions that explain the juvenile violence. In the genetic part we talk about adoption, twins studies and the genes that had been related with violence. In the area of neurotransmitters we selective talk about serotonin. We outline the relationship between sexual y physical abuse with violence and the link of those that consume alcohol and drugs with violence conducts. We also briefly view the roll of TV and radio with juvenile violence. Finally the article describes the different kinds of treatment of violence.

Key words: violence, youths, biological social contributions.

Referencias

- Steiner H, Cauffman E, Duxbury E. Personality traits in juvenile delinquents: Relation to criminal behavior and recidivism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 38:256-62.
- Borduín CM. Multisystemic treatment of criminality and violence in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 242-9.
- Rae-Grant N, McCoonville BJ, Fleck S, Kennedy JS. Violent behavior in children and youth: preventive intervention from a psychiatric perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:225-41.
- Franco S. Violencia y salud en Colombia. *Pan Am J Public Health* 1997; 1:93-103.
- Adams D, Carter BF, Díaz JL, Elías A. Declaración sobre la violencia. *Salud Mental* 1986; 9:60-1.
- Farrington DP. The family backgrounds of aggressive youths. In: Hersov LA, Berger M, Shaffer D (eds). *Aggression and antisocial behavior in childhood and adolescence*. Oxford, Pergamon, 1978: 73-93.
- Kagan J, Moss H. *From birth to maturity*. New York, Wiley, 1962.
- Lara-Muñoz MC, de la Peña F, Castro A. Consistencia y validez de las subescalas del cuestionario de Conners para la evaluación de psicopatología en niños, versión larga para padres. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1998; 55:712-20.
- McFarlane JW, Allen L, Honzik MP. *A developmental study of the behavior problems of normal children between 21 months and 14 years*, Berkeley, University of California, 1954.
- West DJ, Farrington DP. *Who becomes delinquent?* London, Heinemann, 1971.
- Lewis DO: Development of the symptom of violence. En: Lewis M (ed). *Child and adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook*, 2 ed, Williams & Wilkins, 1998:334-44.
- Dilalla LF, Gottesman II. Heterogeneity of causes for delinquency and criminality: Lifespan perspectives. *Dev Psychopathol* 1989; 1:3.
- Ghodesina-Carpey J, Baker LA. Genetic and environmental influences on aggression in 4- to 7-year-old twins. *Aggressive Behavior* 1987; 13:2.
- Connor M, Foch T, Sherry T, Plomin R. A twin study of specific behavioral problems of socialization as viewed by parents. *J Abnorm Child Psychol* 1980; 8:189-99.
- Connor TG, Herrington EM, Reiss D, Plomin R. A twin-sibling study of observed parent-adolescent interactions. *Child Dev* 1995; 66:812-5.
- Ress D, Plomin R, Hetherington EM. The separate worlds of teenage siblings: An introduction to the study of the environment. In: Hetherington EM, Ress D, Plomin R (eds). *Separate social worlds of siblings: importance of nonshared environment on development*. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1994.
- Elliot FA. Neurological findings in adult animal brain dysfunction and the dyscontrol syndrome. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170:5.
- Traskam-Bendz L, Alling C, Oreland L, Regnell G. Prediction of suicidal behavior from biologic tests. *J Clin Psychopharmacol* 1992; 12:21S-26S.
- Virkkunen M, Nuutila A, Goodwin FK, Linnoila M. Cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels in male arsonists. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:241-7.
- Dabbss JM, Carr TS, Frady RL. Testosterone, crime, and misbehavior among 692 male prison inmates. *Personalit Individ Differen* 1995; 18:5.
- Scerbo AS, Kolko DJ. Salivary testosterone and cortisol in disruptive children: relationship to aggressive, hyperactive, and internalizing behaviors. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:1174-84.
- Van Goozen SHM, Matthijs W, Cohen-Kettenis PT, Thijssen JHH, et al. Adrenal androgens and aggression in conduct disorder prepubertal boy and normal controls. *Biol Psychiatry* 1998; 43:156-8.
- Brain PF, Haug M. Hormonal and neurochemical correlates of various forms of animal "aggression". *Psychoneuroendocrinology* 1992; 17:537-51.
- Steiner H, Dunne JE, Ayres W, Arnold V. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:1482-5.
- Brook DW, Brook JS, Rosen Z, de la Rosa M. Early risk factors for violence in Colombian adolescents. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1470-8.
- Song LY, Singer MI, Angglin TM. Violence exposure and emotional trauma as contributors to adolescents violent behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152:531-6.
- Rivera B, Wodom CS. Childhood victimization and violent offending. *Violence Victims* 1990; 5:19-35.
- Windom CS. Child abuse, neglect, and adult behavior: research design and findings on criminality, violence, and child abuse. *Am J Orthopsychiatry* 1989; 59:355-7.

29. Singer MI, Slovak K, Frierson T, York P. Viewing preferences, symptoms of psychological trauma and violent behaviors among children who watch television. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:1041-8.
30. Centrewall BS. Exposure to television as a risk factor for violence. *Am J Epidemiol* 1989; 129:643-52.
31. Scott CL. Juvenile violence. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 71-83.
32. Villatoro JA, Medina-Mora ME, Juárez F, Rojas E, Carreño S, et al. Drug use pathways among high school students of Mexico. *Addiction*, 93:1577-1588, 1998.
33. Borges G, Medina-Mora ME, Cherpitel C, Casanova L, Modragón L, et al. Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias en la ciudad de Pachuca Hidalgo. *Salud Publica Méx* 1999; 41:3-11.
34. Vitiello B, Stoff DM. Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:307-15.
35. Stein DJ, Towey J, Hollander E. The neuropsychiatry of impulsive aggression. In: Hollander E, Stein DJ (eds). *Impulsivity and aggression*. Chichester, GB, Wiley, 1995.
36. Scarpa A, Raine A. Psychopathology of anger and violent behavior. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 29:375-94.
37. Pitt TB. Cognitive and psychophysiological differences in proactive and reactive aggressive boys [doctoral dissertation]. Department of Psychology, University of Southern California, 1993.
38. Pichot P (coordinador). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Ed. Masson S, A. Barcelona (España) 1985.
39. Moffitt TE. Adolescent-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychol Rev* 1993; 100:674-701.
40. Loeber R, Schmalting KB. Empirical evidence for overt and covert patterns of antisocial conduct problems: a metaanalysis. *J Abnorm Child Psychol* 1985; 13:337-53.
41. Nicol R. Conduct disorder. *Curr Opin Psychiatry* 1998; 11:385-8.
42. Steiner H, Dunne JE, Ayres W, Arnold V. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 (Suppl):10.
43. Fava M. Psychopharmacologic treatment of athologic aggression. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 29:427-51.
44. Oliver B, van Dalen N, Hartog J. A new class of psychoactive drugs: serenics. *Drugs Future* 1986; 11:473-99.
45. Ratey JJ, Chandler HK. Serenics: therapeutic potential in aggression. *CNS Drugs* 1995; 4:256-60.
46. Gerardin P, Cohen D, Mazet P, Flament M. Drug treatment of conduct disorder in young people. *Eur Neuropsychol* 2002; 12: 361-370.
47. Miczek KA. The psychopharmacology of aggression. In: Iversen LL, Iversen SD, Snyder SH (eds). *Handbook of psychopharmacology*, Vol. 19: New directions in behavioral pharmacology. New York: Plenum Press; 1987: 183-328.
48. De la Peña. Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud Púb Méx* 2003; 45 (Suppl 1):124-31.
49. Connor DF. *Agresion and antisocial behavior in children and adolescents*. New York, Guilford Press. 2002: 64-7.
50. Henggeler SW, Rowland MD, Boykins CH, Sheidow EJ. One year follow up of multisistemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:543-51.
51. Henggeler SW, Clingempeel WG, Brodino MJ, Pickrel SG. Four year follow up of multisystemic therapy with substance abusing and substance dependent juvenile offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41:868-74.