



COMILLAS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

TRABAJO FIN DE GRADO

SALUD MENTAL Y CONDUCTA ANTISOCIAL INFANTOJUVENIL

Grado en Criminología

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales (CIHS)

Autor: Unai Mayor Sánchez

Tutora: María del Carmen Bernal Pérez

Madrid

2026

RESUMEN

Este trabajo analiza la relación entre la salud mental en menores y la manifestación de conductas antisociales. Para ello, se han realizado entrevistas a profesionales de distintos ámbitos que trabajan con menores en recursos de protección y atención socioeducativa para conocer su percepción. A partir de sus respuestas, se estudia cómo influyen la familia, el entorno, las experiencias traumáticas y los recursos de intervención en la aparición y evolución de estas conductas mostrando que no existe una única causa, sino una combinación de factores personales, familiares y sociales. También destacándose la importancia del trabajo en equipo y de una intervención continuada y cercana al menor para impulsar el cambio además de la prevención de futuras conductas.

Palabras Clave: Salud mental, protección y justicia juvenil, conducta antisocial, infancia y adolescencia.

ABSTRACT

This paper analyzes the relationship between mental health in minors and the manifestation of antisocial behavior. To do so, interviews were conducted with professionals from different fields who work with minors in protection and socio-educational support services in order to understand their perceptions. Based on their responses, the study examines how family, environment, traumatic experiences, and intervention resources influence the emergence and development of these behaviors, showing that there is no single cause, but rather a combination of personal, family, and social factors. It also highlights the importance of teamwork and of sustained, close intervention with the minor in order to promote change and prevent future behaviors.

Key Words: Mental health, child protection and juvenile justice, antisocial behavior, childhood and adolescence.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.	8
2.1. Objetivo general:.....	8
2.2. Objetivos específicos:	8
3. HIPÓTESIS PLANTEADAS:.....	8
4. METODOLOGÍA:.....	9
5. CAPÍTULO 1: Salud Mental y Menores.....	13
5.1. Marco conceptual y definiciones clave.....	13
5.2. Antecedentes históricos y evolución.....	16
6. CAPÍTULO 2: Marco legal y normativo.....	25
6.1. Leyes Nacionales	26
6.2. Normativa asociada a la protección de menores en la Comunidad de Madrid.....	28
6.3. Leyes, directrices y guías internacionales.....	29
6.4. Protocolos de atención en salud mental infanto-juvenil.....	31
7. CAPÍTULO 3: Principales teorías y modelos explicativos.....	32
7.1. Teoría del Aprendizaje Social.....	33
7.2. Taxonomía de Desarrollo de Moffitt.....	34
7.3. Modelo del Triple Riesgo Delictivo.....	36
7.4. Modelo de vulnerabilidad-Estrés.....	37
8. CAPÍTULO 4: Factores.....	38
8.1. Factores de riesgo en menores.....	39
8.2. Factores de protección en menores.....	40
9. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	41
9.1. Bloque 1: Perfil y perspectiva profesional	42
9.2. Bloque 2: Relación entre salud mental y conducta antisocial.....	46

9.3. Bloque 3: Familia y entorno.	49
9.4. Bloque 4: Recursos e intervención.	52
10. CONCLUSIONES.....	55
11. BIBLIOGRAFÍA.....	57
12. ANEXOS.....	63

1- INTRODUCCIÓN

La salud mental en la infancia y la adolescencia se ha convertido en los últimos años en un eje central de preocupación social y profesional, especialmente cuando se vincula con la aparición de conductas antisociales y de riesgo.

En el ámbito de la Criminología y Trabajo Social, esta relación plantea preguntas complejas, ya que resulta difícil delimitar hasta qué punto determinadas conductas responden a un trastorno de salud mental, a un contexto familiar y comunitario desestructurado u a estrategias de supervivencia que los y las menores han ido aprendiendo a lo largo de su desarrollo.

A esto se suma el incremento de la demanda de atención en salud mental infanto-juvenil y las dificultades del sistema para ofrecer respuestas coordinadas, accesibles y sostenidas en el tiempo.

En este contexto, el Trabajo de Fin de Grado se centra en analizar cómo diferentes perfiles profesionales que trabajan con menores como psicología, trabajo social, educación social y psicopedagogía, comprenden la relación entre salud mental y conducta antisocial, así como el papel que desempeñan la familia, el entorno y los recursos de intervención.

El interés del estudio está en que estas miradas condicionan la forma en la que se conceptualiza al menor como paciente, infractor, víctima o superviviente y, en consecuencia, el tipo de intervención que se diseña, las derivaciones que se realizan y las oportunidades de cambio que se le ofrecen adquiriendo una relevancia especial en el marco de los recursos de protección y de la justicia juvenil, donde el riesgo de psiquiatrizar problemas sociales, criminalizar la pobreza o invisibilizar el trauma está presente de manera constante.

El objetivo general de este trabajo es explorar la relación entre salud mental y manifestación de conductas antisociales en menores, atendiendo al papel de los factores familiares, sociales y de los recursos de salud mental y socioeducativos, a partir del discurso de profesionales que intervienen con esta población, dividiéndose en varios específicos.

Entre estos objetivos se encuentran las diferencias de entender y abordar conductas antisociales con y sin diagnóstico de salud mental, qué roles o peso tienen las familias, figuras de apego y entorno educativo, el acceso e impacto que se percibe sobre los recursos de salud mental y su continuidad, y por último, conocer o identificar las posibles diferencias o similitudes entre las diferentes disciplinas profesionales asociadas a estos temas mencionados.

Para dar respuesta a estos objetivos se ha optado por un enfoque cualitativo, basado en la realización de entrevistas semiestructuradas a profesionales de diferentes ámbitos que trabajan con menores en recursos de protección y justicia juvenil, permitiendo recoger con mayor profundidad percepciones, matices y experiencias de los y las profesionales, así como identificar categorías o patrones que no siempre aparecerían en otros tipos de estudios, aunque cabe destacar que el trabajo presenta una serie de limitaciones.

Pese a que se especificará más durante el apartado de metodología, el número de informantes es reducido, además de que este estudio se ubica en un contexto territorial concreto y se recoge únicamente la mirada profesional, por lo que los resultados no son generalizables al resto de la población o incluso a la población infanto-juvenil, debiéndose considerar como aportaciones exploratorias que proporcionan más información sobre el ámbito.

El desarrollo del marco teórico de este trabajo tiene como objetivo, concretar, contextualizar y fundamentar el estudio comentado anteriormente, además, se incidirá en modelos explicativos relevantes que permiten comprender este fenómeno tan complejo, desde una perspectiva criminológica integral.

Junto a lo ya mencionado, el marco legal y normativo servirá para contemplar las diferentes leyes, tanto nacionales como internacionales, unido con protocolos de actuación y prevención en la salud mental infanto-juvenil, donde vinculándolo con los antecedentes históricos, nos permitirá crear una idea general de la evolución temporal y conceptual que ha ido dándose en lo referente al objeto de investigación.

2- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.

2.1- Objetivo general:

Analizar la incidencia de la salud mental en el desarrollo psicosocial del menor y, su posible vinculación con la aparición de conductas antisociales en la infancia y adolescencia.

2.2- Objetivos específicos:

- 2.2.1- Identificar la existencia de diferencias en las conductas antisociales en menores que presentan trastornos de salud mental respecto a aquellos y aquellas que carecen de ellos.
- 2.2.2- Investigar la relación entre el acceso a recursos de salud mental y la reducción de conductas antisociales.
- 2.2.3- Analizar el rol del entorno familiar en la aparición de conductas antisociales.
- 2.2.4- Comparar las perspectivas profesionales recogidas de las encuestas o entrevistas respecto a la influencia de la salud mental en las conductas antisociales en la infancia y adolescencia.

3- HIPÓTESIS PLANTEADAS:

O.E.1- Identificar diferencias en las conductas antisociales entre menores con y sin problemas de salud mental.

H.1.1- *Existen diferencias significativas en la manifestación de conductas antisociales en menores según el tipo de trastorno mental que presentan.*

H.1.2- *Existen diferencias significativas en el tipo de conductas antisociales de menores con y sin problemas de salud mental.*

O.E.2- Investigar la relación entre el acceso a recursos de salud mental y la reducción de conductas antisociales.

H.2- *La disponibilidad de recursos de salud mental actúa como un factor de protección frente al desarrollo y manifestación de conductas antisociales.*

O.E.3- Analizar el rol del entorno familiar en la aparición de conductas antisociales.

H.3.1- *La negligencia parental constituye un factor de riesgo determinante en el desarrollo de conductas antisociales durante la etapa infanto-juvenil.*

H.3.2- *La presencia de figuras parentales con un clima familiar de cuidado y comunicación se vincula estrechamente con una menor incidencia de comportamientos antisociales en la infancia y adolescencia.*

O.E.4- Comparar las perspectivas profesionales recogidas de las encuestas o entrevistas respecto a la influencia de la salud mental en las conductas antisociales en la infancia y adolescencia.

H.4.1- *Existen diferencias en la interpretación de las conductas antisociales y la salud mental en la infancia y adolescencia en las diferentes figuras profesionales*

H.4.2- *Desde la psicología se tiende a considerar la salud mental como influencia directa en la conducta antisocial.*

H.4.3- *En los ámbitos de intervención del Trabajo Social y Educación Social, se consideran determinantes para el comportamiento antisocial del menor los factores de riesgo contextuales como familia, grupo de iguales o entorno escolar.*

4- METODOLOGÍA:

La metodología de este trabajo de investigación se basa en un enfoque que predomina la investigación cualitativa, con el fin de obtener un enfoque integral del objeto de estudio. En primer lugar, el enfoque permitirá recoger opiniones y perspectivas de diferentes profesionales que trabajan en el ámbito de estudio, permitiendo así identificar además de datos objetivos, identificar matices y experiencias relacionadas con la intervención que llevan a cabo con los y las menores.

Se reforzará y proporcionará un contexto empírico que, unido con lo cualitativo, aumentará la veracidad y validez del estudio. Esta información será obtenida mediante técnicas de recogida de datos, empezando por una revisión bibliográfica, consultando estudios académicos, normativas vigentes e informes institucionales, permitiendo así contextualizar y limitar el marco teórico e identificar espacios o aspectos menos investigados sobre el objeto de investigación.

Asimismo, durante la elaboración, se ha recurrido a herramientas de inteligencia artificial como el modelo de lenguaje de “Perplexity” o “Gémini” con propósitos tales como búsqueda y organización de fuentes, orientación en la redacción y estructura y aclaración de conceptos, partiendo así de un marco teórico delimitado asociado a salud mental, conducta antisocial, factores de riesgo/protección, teorías explicativas y un marco legal.

Por otro lado, se realizarán entrevistas semiestructuradas, dirigidas a profesionales que intervengan de forma directa o indirecta en el desarrollo del o la menor por lo que se han seleccionado perfiles vinculados al sistema de protección y justicia juvenil, seleccionando así a 9 profesionales de diferentes ámbitos, siendo educación social, psicología y trabajo social 8 de las 9 entrevistas, y por último, un psicopedagogo, con el fin de comparar perspectivas y contrastar la influencia que atribuyen a la salud mental y al contexto en la aparición de conductas antisociales.

En relación con los criterios de selección y acceso a las personas entrevistadas, se seleccionaron perfiles, que cumplieran al menos condiciones como haber trabajado con menores de 12–17 años, tener experiencia en casos con problemas de salud mental y/o conductas antisociales, y desarrollar su labor en el ámbito educativo, sociosanitario o de protección/justicia juvenil.

La selección se basó en el contacto previo con diferentes personas mayores de edad que podían aportar a la investigación, algunas de ellas pertenecen a recursos en los que he realizado prácticas o en mi desempeño profesional previo a la investigación, así como recomendaciones en cadena partiendo de estas ya mencionadas, para localizar profesionales con experiencia específica en la temática.

El contacto se llevó a cabo mediante correo electrónico, WhatsApp y llamadas telefónicas donde se les proporcionó a cada una de ellas el consentimiento informado¹ y se les comunicó el procedimiento y el fin de la investigación, unido con el uso que se daría al contenido de cada entrevista.

¹ Plantilla anexada en el apartado de anexos, Anexo 1

A modo de concretar, se especificará alguna información individual pero no vinculante de cada entrevista en formato de tabla de perfiles², de forma que se pueda conocer el perfil del/la profesional entrevistada.

CODIGO DE ENTREVISTA	PERFIL PROFESIONAL	ÁMBITO DE TRABAJO	DURACIÓN	MODALIDAD
ENT-1	Psicología	Pisos y centros de protección	1 hora y 6 minutos	Online
ENT-2	Psicopedagogía	Pisos y centros de protección	42 minutos	Online
ENT-3	Trabajo social	Pisos y centros de protección	49 minutos	Online
ENT-4	Educación social	Pisos y centros de protección	58 minutos	Online
ENT-5	Educación social	centros terapéuticos y/o justicia juvenil	1 hora y 10 minutos	Online
ENT-6	Trabajo Social	centros terapéuticos y/o justicia juvenil	1 hora y 17 minutos	Online
ENT-7	Trabajo social	centros terapéuticos y/o justicia juvenil	38 minutos	Presencial
ENT-8	Psicología	centros terapéuticos y/o justicia juvenil	52 minutos	Presencial
ENT-9	Psicología	centros terapéuticos y/o justicia juvenil	44 minutos	Online

² Tabla anexada en el apartado de anexos, Anexo 2

En relación con el instrumento empleado para recoger la información de los profesionales, se optó por emplear una entrevista semiestructurada específicamente diseñada para este estudio, a partir de los objetivos e hipótesis planteados y del marco teórico previo, con una duración aproximada entre 45 y 120 minutos por entrevista.

El guion³ combina preguntas abiertas, orientadas a explorar en profundidad la experiencia profesional, y preguntas cerradas o de respuesta más concreta, que permiten identificar patrones comunes entre las entrevistas. Se seleccionaron numerosas preguntas en cada bloque de las cuales se escogieron solo algunas de ellas para ajustar la entrevista y la información necesaria y relevante para la investigación.

Está compuesta de cuatro bloques diferentes, donde se formulan diferentes preguntas relacionadas con el marco teórico y las hipótesis planteadas previamente como se ha mencionado anteriormente. Estos bloques están ordenados en primer lugar, contexto del perfil profesional y su perspectiva general sobre el tema, en segundo lugar, le sigue el bloque de salud mental y su posible relación con la manifestación de conductas antisociales o diferenciación por tipologías en los diagnósticos.

El tercer bloque se centra en la familia y el entorno, donde teorías como la del Aprendizaje Social cobran importancia, y, por último, un bloque concreto sobre intervención y recursos, buscando conocer barreras o percepciones sobre la adherencia y desarrollo de recursos específicos de este grupo de población y concluyendo con propuestas específicas para mejorar la salud mental infanto-juvenil.

Tras la recogida de información, se han transcrito mediante diferentes herramientas digitales de transcripción como “Microsoft Teams” y “Turboscribe”. Debido a su extensión, han sido anexadas mediante un enlace a un documento externo⁴ donde se encuentran diferenciadas. Tras su transcripción, se analizará de forma temática, basándose en los objetivos generales y específicos, clasificándola y categorizándola, lo que permitirá identificar patrones o correlaciones entre testimonios y variables planteadas.

³ Instrumento anexo en el apartado de anexos, Anexo 3

⁴ Acceso externo anexo de las transcripciones en apartado de anexos, Anexo 4

Una vez codificada esta información, se contrastarán los resultados obtenidos con las hipótesis planteadas previamente, pudiendo así concluir con unos indicadores comparativos y desarrollar las conclusiones.

A modo de conclusión y de forma breve, se presentarán posibles guías o propuestas generales orientadas a la intervención y prevención de las conductas antisociales y problemas de salud mental.

Estas propuestas se fundamentarán en la evidencia recogida a través de la bibliografía escogida y el análisis, sumado a las percepciones y conocimientos proporcionados y recogidos en las entrevistas a los y las profesionales del ámbito.

5- CAPÍTULO 1: Salud Mental y Menores.

5.1- Marco conceptual y definiciones clave.

Para encontrar o entender la relación entre la infancia y adolescencia y el ámbito de la criminología, es importante establecer una base conceptual o teórica que introduzca algunos de los conceptos que serán claves durante todo el desarrollo del trabajo. Se partirá desde la salud mental, y la conducta antisocial, concretando en el trastorno de conducta y finalmente, especificando en infancia y adolescencia, con el término de exclusión social como un eje que estará presente durante el resto de los capítulos.

El abordar la “*salud mental*” actualmente requiere recoger y sobrepasar unas posibles visiones estáticas, pero históricamente, la “Salud mental” ha recibido múltiples adaptaciones y cambios en su definición, con el fin de recoger de la forma más completa. En la actualidad, no hay un concepto aceptado de forma unánime, pero la descripción utilizada de forma generalizada es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define la salud mental como un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todo su potencial, aprendiendo y trabajando adecuadamente además de contribuir a su comunidad.

Es importante entender que la salud mental es un proceso continuo que cada persona experimenta de forma diferente, sabiendo que se dan diferentes situaciones en las que el conjunto de factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales se combinan, protegiendo así la salud mental, o bien, perjudicando o deteriorándola, encontrándose un ejemplo en la ENT-1 “*Como no han recibido una educación emocional*”

adecuada... una emoción como la tristeza les desborda y se transforma en una emoción secundaria como es el enfado... entonces llegan al consumo de sustancias como forma de... parar el malestar”.

Cuando se da una exposición a contextos de riesgo o experiencias negativas en cualquiera de los contextos mencionados puede esto generar este deterioro ya mencionado en la salud mental de la persona. (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Si la salud mental se ve mermada o deteriorada, pueden surgir comportamientos que desafíen a la convivencia y al desarrollo pleno del día a día de la persona, por ello, es importante conocer que la “*Conducta Antisocial*” se define, en términos amplios, como cualquier acción que viola las normas sociales y los derechos de los demás, independientemente de que dicha acción constituya o no un delito formal. (Cardenal et al., 2007).

Debido a eso, este fenómeno amplio ha sido recogido por diferentes teóricos y teóricas a lo largo del tiempo, concretando definiciones como la proporcionada por los autores Rodríguez y García Medina (2009), quienes definen el concepto como, “*esos comportamientos antisociales o disociales como todas aquellas actitudes de enfrentamiento contra los mandatos de las figuras que representan autoridad, así como la idea de trasgresión anticipada de las normas sociales e institucionales.*”

Este tipo de comportamientos es significativamente más extenso que el de delito, abarcando desde la irresponsabilidad y la agresión hasta la actividad criminal plenamente tipificada, por ello, se quiere concretar una categoría concreta de este espectro, el trastorno de conducta. (Sampson & Laub, 1993).

Este se refiere al patrón de comportamiento repetitivo y persistente en el que se produce una violación o vulneración de los derechos básicos de otras personas o normas sociales según la “American Psychiatric Association” en 2014. Esta condición, desde una perspectiva criminológica, tiene especial importancia, ya que es considerado el precursor en la infancia y adolescencia de un patrón de comportamiento antisocial más grave.

Esta idea de la importancia deriva en el concepto de infancia y adolescencia para poder así comprender el porqué de dicha importancia. El estudio del desarrollo humano en Criminología requiere la concreción precisa de dos etapas críticas, la “infancia y la adolescencia.”

La infancia, desde una perspectiva evolutiva, hace referencia al periodo que abarca desde el nacimiento hasta la aparición de los cambios puberales, aproximadamente hasta los 11 o 12 años. Esta etapa se caracteriza por la dependencia, el desarrollo del lenguaje y la formación del apego, término que se repetirá en numerosas ocasiones durante la investigación, siendo, además, el contexto familiar, el principal agente de socialización y modelamiento moral en esta etapa.

La etapa importante que le precede a la infancia es el periodo de la adolescencia, ya que constituye a la transición que se extiende desde los cambios físicos de la pubertad hasta lograr la autonomía adulta, con lo que todo ello supone, además de distinguirse por una intensa búsqueda de la propia identidad y por el cambio en el eje de influencia, que pasa de los padres al grupo de pares como se mencionará en capítulos siguientes. (Rice & Dolgin, 2008).

Desde una perspectiva neurobiológica, esta etapa está marcada por la maduración descoordinada del cerebro, ya que el desarrollo de diferentes áreas cerebrales ocurre a distintos ritmos. El sistema límbico, que rige las emociones intensas, la motivación y la búsqueda de recompensas, alcanza su madurez antes que la corteza prefrontal, quien responsable de la planificación, el razonamiento avanzado y el control de los impulsos, tardando más en completarse. Esta diferencia explica, en parte, la tendencia adolescente a asumir riesgos, buscar novedades y reaccionar de forma más intensa a los estímulos. (Steinberg, 2008).

Finalmente, y para terminar de delimitar a nivel conceptual, se debe incluir el impacto del entorno para que el análisis criminológico coja forma, y es por eso por lo que el término de “Exclusión Social” no debe ser obviado. Esto referencia al proceso por el cual niños niñas y adolescentes son progresivamente separados de las oportunidades y los derechos básicos que ofrece la sociedad, lo que genera una desventaja estructural.

Normalmente se cree que está asociada a una situación de pobreza, pero realmente es la acumulación de fallos en sistemas esenciales, como la falta de una vivienda digna, el abandono escolar o la carencia de acceso a servicios de salud las que caracterizan este concepto. (Luengo, 2010).

Vivir en esta marginación actúa como una fuente de estrés psicológico y vulnerabilidad, y la exposición crónica a la precariedad y la inseguridad tiene un impacto directo en el deterioro de la salud mental, definición concretada anteriormente, aumentando significativamente la posibilidad de sufrir trastornos emocionales y de conducta en comparación con la población general (Villegas Castañeda, 2023).

Por último, en relación a la exclusión social, al debilitar los lazos de integración social y limitar el acceso a recursos legítimos como educación o espacios de seguridad, el niño, niña y adolescente excluido percibe el sistema como inaccesible u hostil, transformando la vulnerabilidad psicosocial en una predisposición al conflicto y a la conducta antisocial, viéndose desde esta perspectiva, como una estrategia de adaptación desviada o una vía para obtener el reconocimiento o los recursos que la sociedad formal les niega. (Agnew, R. 2001).

5.2- Antecedentes históricos y evolución.

Una vez que se ha delimitado y aclarado algunos de los términos claves que se debe tener presente durante este proyecto de investigación, se considera imprescindible el plantear de dónde vienen y contextualizar las trayectorias de estas definiciones de una forma histórica.

El contenido criminológico referenciado en el capítulo anterior no es estático, ni parten de la nada, sino que son resultados de un proceso histórico, social y científico y para comprender la actualidad entre la salud mental y la conducta antisocial, es necesario realizar un ejercicio de repaso histórico y ver de donde proviene esta trayectoria. Un ejemplo de esto puede ser el poder entender como desde una visión estigmatizante del “criminal nato” se pasa a una percepción que asocia cierta comprensión a raíz de la inmadurez neurobiológica y los sucesos traumáticos percibidos.

Este capítulo no se centra solo en hacer una línea cronológica con fechas concretas, sino una pequeña muestra a través del análisis de la evolución del pensamiento criminológico desde finales del siglo XIX hasta el momento. Para ello, se empleará literatura revisada y se observará como el paradigma del determinismo biológico y una necesidad punitiva, se van adaptando a una perspectiva más integradora y biopsicosocial.

Además de esto, es importante remarcar que, para este trabajo de investigación, conocer la introducción de la psicología, teorías como la del apego o una mirada interseccional desde el trabajo social, actúan para poder distinguir entre trastornos de conducta, comportamientos de riesgo y como el conocimiento de ello permite poder prevenir o intervenir para poder preservar el bienestar de los niños, niñas y adolescentes.

En definitiva, este capítulo dará el contexto histórico que justifique la importancia de preservar la salud mental, además de limitar la manifestación de conductas antisociales, se debe entender que, para ello, es crucial comprender la interacción compleja entre el desarrollo evolutivo, el entorno que le rodea y su perspectiva de la realidad que viven estos y estas menores.

5.2.1- Finales siglo XIX hasta principios de siglo XX.

5.2.1.1- Desarrollo histórico del estudio de la delincuencia juvenil.

El término de delincuencia juvenil ha recibido numerosos cambios y adaptaciones durante el paso de los años, pero nos centraremos únicamente en finales del siglo XIX y principios de siglo XX en adelante.

En este periodo, con fecha concreta, siendo esta, 1899, hay un cambio institucional y conceptual importante que afecta a la historia formal del estudio científico de la delincuencia juvenil, y esto se debe a que este año, se inicia la primera corte especializada de menores en Cook Country, Chicago, Illinois, marcando el reconocimiento legal de los niños, niñas y adolescentes, constituyendo así, una categoría distinta que requeriría un trato diferenciado al sistema penal adulto. (Burke et al., 2022).

Este cambio no solo supuso a nivel administrativo, sino que representó un cambio filosófico de la visión puramente moral y punitiva, hacia una óptica más asociada a un reconocimiento de la intervención rehabilitadora, reforzada por el concepto o doctrina legal de *paterns patriae*⁵, proporcionando el fundamento jurídico para que estos nuevos juzgados, conocidos entonces como cortes, priorizaran “el interés del menor” sobre el

⁵ En latín significa "padre o madre de la patria" Según este principio, un estado o un tribunal ejerce una función paternal y protectora sobre sus ciudadanos u otras personas sujetas a su jurisdicción.

castigo retributivo, actuando como una figura más paternalista ante ellos y ellas. (Study.com, s.f.).

De forma paralela a este avance, la investigación científica empezó a desplazarse desde las justificaciones o explicaciones meramente biológicas, hacia un análisis o planteamiento más matizado de los factores individuales asociados a la conducta delictiva o antisocial.

Estos estudios basados en la idea de “criminal nacido” empezarían a perder fundamentación siendo el propio Cesare Lombroso, en quien incidiremos en el siguiente punto, a evolucionar en sus ediciones posteriores sobre el posible papel de los factores socioambientales. (Brookes, 2021).

5.2.1.2- Principales hitos de la investigación de salud mental y conductas antisociales.

Al igual que este periodo fue evolucionando y caracterizándose por cambios y avances científicos y legales, algunos de estos cambios se vieron impulsados por estudios del momento, o bien a modo de justificación y respaldo. Pero también como impulso hacia un cambio de perspectiva y en algunos casos, dejando obsoletas algunas teorías que fueron válidas en su momento.

Existen diferentes autores o hitos del momento que cabe destacar por su estrecha relación con lo ya mencionado, siendo en primer lugar, el criminólogo y médico italiano Cesare Lombroso, fundador de la escuela de criminología positivista. (UNIR Revista, 2020)

Lombroso postulaba que existen ciertos individuos que poseen una predisposición biológica hereditaria hacia la comisión de conductas antisociales, concretamente las conductas delictivas. Su fundamentación partía de las teorías evolutivas de Darwin, argumentando que en algunos delincuentes presentaban signos de *atavismo*⁶ manifestados en características o facciones físicas específicas que identificaba como potenciales criminales. Algunos ejemplos de estas características son la asimetría craneal, mandíbulas prominentes o brazos extremadamente largos. (ESERP Business School, 2021).

⁶ Reparación en los seres vivos de caracteres propios de sus ascendientes más o menos remotos. (Real Academia Española, s.f)

Su teoría criminológica se fundamentó con estudios antropométricos con personas privadas de libertad, midiendo y catalogando las características físicas con la intención de concretar y determinar patrones predictivos. Su proposición central, y en ese momento, validada, aunque criticada desde su inicio, se basaba en que el comportamiento delictivo no era una elección moral, sino una consecuencia inevitable de la biología individual. (Lombroso, 1886).

El siguiente hito que continuó la perspectiva de Lombroso, ampliándola significativamente fue Enrico Ferri, abogado, político, escritor, periodista, criminólogo y sociólogo italiano, que introdujo a la teoría positivista las dimensiones sociales y económicas que hasta este momento se habían omitido.

Esta introducción supuso un cambio crucial ya que hacía ver que el delito no era únicamente biológico o de una patología individual, sino de la relación entre características biológicas, factores psicológicos y condiciones sociales. (Galfione, 2012)

Además de lo ampliación ya mencionada, sugirió los *Sostitutivi Penali*⁷ como medidas alternativas penales a las privativas de libertad de corta duración ya que consideraba que, además de ser perjudiciales para los individuos, quienes aún conservaban sentimientos de dignidad, hacía imposible la puesta en marcha de un tratamiento resocializador, incrementando los efectos criminógenos que se adquirirían en la cárcel. (Valencia Labastida, 1999).

5.2.1.3- Evolución conceptual de los trastornos de conducta en menores.

Los estudios asociados a la salud mental y/o los trastornos de conducta han ido evolucionando y concretando más a medida que ha ido avanzando la investigación. A finales del siglo XIX e inicios del XX apenas se concretaba en estos conceptos y lo que engloban con la delincuencia o las conductas antisociales. No existía un diagnóstico clínico o una intervención terapéutica como la que se conoce hoy en día.

⁷ Serie de medidas destinadas a servir de alternativa a las penas en general. No eran, sin embargo, medidas penales las que proponía para la prevención de delitos sino estrictamente político-sociales, de orden educativo, científico, civil o administrativo.

Durante esta época, se asociaba, como se ha mencionado anteriormente, a los rasgos y facciones físicas, categorizando e intentando prevenir o identificar los niños, niñas y adolescentes que en un futuro delinquirían o se encontrarían asociados a conductas antisociales.

La ausencia de planteamientos o comprensión del desarrollo cognitivo y emocional en estos momentos impedía que se pudieran contemplar fenómenos complejos como la impulsividad propia del desarrollo adolescente o las deficiencias en el control inhibitorio por la falta de madurez neurobiológica dada por el desarrollo del individuo, lo que supuso una clasificación genérica de estos menores, delincuentes juveniles natos. (Burke et al., 2022)

A finales de este periodo, unido con la incorporación de los factores socioeconómicos, se empieza a concebir una posible relación entre el desarrollo cognitivo en la infancia y adolescencia y la vinculación con delincuencia, conductas antisociales y búsqueda de sensaciones, planteándose como ejemplo, en 1904 en el libro “*Adolescence*” escrito por G. Stanley Hall como un periodo de tormenta y estrés que lleva a ser una etapa de emocionalidad volátil y de comportamientos de riesgo por la necesidad de búsqueda de emociones.

5.2.2- Siglo XX.

5.2.2.1- Desarrollo histórico del estudio de la delincuencia juvenil.

El inicio del siglo XX se ve marcado por diferentes críticas y la aparición de dudas sobre el determinismo delincencial y su relación con lo biológico. El gran cambio, aunque gradual, se da a mediados de siglo, donde se empieza a creer y entender la conducta de los menores como un resultado derivado de procesos psicológicos y sociales modificables. Esto hizo que el foco pase de “*qué tiene en su cuerpo que podamos identificar*” a “*qué le ha pasado y en qué contexto vive o ha vivido*”

La criminología deja de concentrarse o limitarse en los rasgos físicos, empezando a incorporar la psicología y el entorno social como claves del comportamiento delictivo en los niños, niñas y adolescentes. (Equipo IUCPOL, 2024).

El determinismo desaparece y pasa a modelos donde la delincuencia es fruto de la interacción de biología, familia, escuela, barrio y oportunidades sociales, descartando al menor como portador de una “naturaleza criminal”, sino como alguien cuyas conductas han sido aprendidas, reforzadas o corregidas en función de presiones estructurales, procesos de aprendizaje social, prácticas de crianza y modelos familiares entre otros factores. (Redondo Illescas, 2018)

5.2.2.2- Principales hitos de la investigación de salud mental y conductas antisociales.

Como ya se ha mencionado en el anterior apartado, es un periodo de cambio de paradigma, y aparecen las teorías psicológicas y autores que al igual que Lombroso y Ferri, dejarán su huella en los estudios sobre salud mental y conductas antisociales en menores.

El primero de ellos es August Aichhorn, educador, psicoanalista y trabajador social austriaco. Quien publica en 1925, *Verwahrloste Jugend*⁸ sosteniendo que muchos menores infractores no son “malos” por naturaleza, sino productos de ausencia de figuras afectivas, conflictos inconscientes y entornos desorganizados. Un enfoque basado en la intervención con menores debiendo ser educativo y terapéutico basándose en la comprensión de sus vivencias emocionales como abandono, violencia o humillación y no solo en el castigo. (Balbuena Rivera et al., 2003).

El segundo hito de la época será el mismo que se empleará como base o perspectiva de fondo en el apartado de teorías, puesto que la teoría de este autor refuerza de forma general las teorías que se expondrán. Este autor es John Bowlby, quien trajo la Teoría del Apego en 1969, introduciendo un concepto fundamental, la calidad de la relación temprana entre el niño, niña y adolescente y la figura de cuidado establecía un guion para su posterior desarrollo socioemocional.

Mary Ainsworth reforzó y extendió empíricamente esta teoría con el experimento de *Strange Situation*⁹, identificando diferencias significativas en los estilos de apego

⁸ El libro traducido como “Juventud descarriada” adapta los principios del psicoanálisis de Freud a la educación de jóvenes con dificultades, abogando por la “bondad y la indulgencia absoluta” en lugar del castigo para fomentar la resocialización.

⁹ Este experimento evaluó el vínculo entre infantes y cuidadores mediante breves separaciones y reencuentros en un entorno desconocido. Este estudio revolucionó la psicología del desarrollo al demostrar que la sensibilidad del cuidador es clave para la seguridad emocional futura del menor.

desarrollados en la infancia. Conocidos inicialmente como tres grupos, el apego seguro, apego inseguro-evitativo, apego ansioso-resistente. Unos años después Mary Main y Judith Solomon, aportaron un grupo más, el apego desorganizado, creando así los cuatro grupos de apego que representaban patrones de comportamiento, relación y confianza en la infancia y posteriormente en la adultez. (Ruiz, 2023).

Los hallazgos mostraron que patrones de apego inseguro o desorganizado predisponían a los niños, niñas y adolescentes a involucrarse en conductas antisociales y delictivas, mientras que el apego seguro actuaba como un factor de protección ante estas tipologías de conductas. (Galán Rodríguez, 2010).

Para concluir con una última de las figuras o hitos del momento, mencionaremos brevemente a Albert Bandura y su Teoría del Aprendizaje social de 1961. Se concretará de forma más concisa en el apartado de teorías, pero cabe remarcar que este autor enfatizaba en los mecanismos mediante los cuales se adquirían conductas específicas. Fundamentó mediante el “Experimento del Muñeco Bobo” de 1961, que los patrones de comportamiento eran asumidos en la infancia por imitación u observación, observados en las diferentes figuras de cuidado o referentes en su desarrollo temprano. (Ruiz, 2021).

Durante este periodo aparecen diferentes teóricos y teóricas que refuerzan la perspectiva de que las conductas antisociales derivan de un factor social además de otros condicionantes, planteamiento que poco a poco va cogiendo más fundamento y concreción con el paso del tiempo.

5.2.2.3- Evolución conceptual de los trastornos de conducta en menores.

En este periodo se produce una sistematización diagnóstica gradual y progresiva, apareciendo diferentes categorías clínicas ya que se pasa de la subjetividad clínica basada en una sintomatología que se regía por la mirada psicodinámica, referenciada en el *DSM-I*¹⁰, en cambio, el conductismo clínico considera que los trastornos de conducta son respuestas desorganizadas aprendidas, pasando así a ir actualizando estos manuales a medida que avanza la categorización. (Kendall & Hollon, 1979).

¹⁰ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, publicado en 1952 por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) como el primer intento de estandarizar la terminología y el diagnóstico de los trastornos mentales en EE. UU., introduciendo un lenguaje común y categorías diagnósticas basadas en descripciones, aunque con criterios vagos y una fuerte influencia psicodinámica.

A ello, se le sumaría unos años después la idea de percepción, gracias a Aaron Beck y Albert Ellis, creándose así la formalización científica de la Terapia Cognitivo-Conductual, concibiendo la conducta como la suma de factores ambientales, cognitivos y biológicos y clasificando los trastornos en diagnósticos descriptivos recogidos en 1980 con la publicación del DSM-III, actualizado y ampliado en comparación a sus dos ediciones anteriores. (Instituto de Psicoterapias Avanzadas [IPSIA], s. f.)

5.2.3- Finales Siglo XX hasta la actualidad.

5.2.3.1- Desarrollo histórico del estudio de la delincuencia juvenil.

A partir de los años 80, el campo de la criminología del desarrollo experimenta un cambio y una transformación de forma cualitativa, mediante la integración de avances neurocientíficos, genética conductual y métodos de investigación longitudinal que exponen y enfatizan más de un nivel de análisis a la vez, significando que los marcos conceptuales reconozcan la necesidad de integrar información de distintos niveles, desde la expresión genética hasta factores culturales y políticas públicas.

Este periodo se caracterizó por estudios longitudinales de niños, niñas y adolescentes desde la infancia a la adultez, permitiendo ubicar trayectorias de desarrollo y factores predictivos. Aparecen avances en la neuroimagen que permiten hacer electroencefalografías para investigar sustratos neurobiológicos que pudieran asociarse a la conducta antisocial juvenil, además de evaluaciones sistemáticas de funciones y procesos de toma de decisiones, considerando aspectos biopsicosociales. (Calkins y Keane, 2009)

5.2.3.2- Principales hitos de la investigación de salud mental y conductas antisociales.

Desde los años 80 en adelante, las teorías e investigaciones pasan a ser más integrales como se mencionó anteriormente, figuras influyentes como Terrie Moffitt y su teoría Taxonómica Dual de 1993, que consideraba que no todo o toda delincuente juvenil representaba la misma identidad, diferenciando entre la delincuencia limitada a la adolescencia y Delinquentes persistentes en la vida. Se referenciará esta teoría más detenidamente en el Capítulo de Teorías relevantes. (UNIR, 2021).

Otros hitos importantes que marcaron una diferencia fueron Casey, Getz y Galván, con la propuesta de modelos que explicaban el comportamiento de riesgo adolescente mediante el desequilibrio entre la hipersensibilidad a posibles recompensas unido con la inmadurez de sistemas de control inhibitorio.

Se centraron en que, en la adolescencia, la disociación temporal en el desarrollo cerebral derivada de una desincronización madurativa entre el sistema límbico, que alcanzaba la madurez funcional temprana, se encarga de la motivación y búsqueda de recompensa. La corteza prefrontal, aún por desarrollarse de forma completa, es la encargada de la inhibición, evaluación de recompensas y planificación. (Pérez-Díaz y García-Moreno, 2014).

Debido a esto, también respaldado por Laurence Steinberg, se creía que los menores poseían capacidades motivacionales y búsqueda de sensaciones similares a los adultos, en cambio, los sistemas de freno o inhibidores carecían de una madurez completa, uniendo así los factores externos que incitaban o alentaban a llevar a cabo dichas conductas antisociales. (Steinberg, 2008).

5.2.3.3- Evolución conceptual de los trastornos de conducta en menores.

En este periodo la sistematización del diagnóstico alcanza la máxima precisión, llevándose a cabo revisiones y actualizaciones del DSM, en 1980 se actualizó la tercera edición, como se concretó en el apartado del periodo anterior. En el 1987 se actualiza al DSM-III-R pero una mayor concreción se da en 1994 publicándose la 4º edición, siendo tan solo seis años después editada, ampliando al DSM-IV-TR donde se especifica más los criterios diagnósticos y se introduce la clasificación de especificadores de inicio.

Por último, en 2013, se lleva a cabo la última edición hasta la fecha, publicándose el DSM-V con cambios conceptuales en la presentación de los síntomas y un enfoque nuevo en la gravedad de los trastornos. (Del Barrio Gándara, 2009).

Además de la categorización y el diagnóstico, la investigación sobre trastornos de conducta y delincuencia juvenil han demostrado que no pertenecen a una entidad unitaria, es decir, la presencia de un trastorno de conducta no deriva en una conducta delictiva necesariamente.

Hoy en día, se considera que la aparición de trastornos de conducta, al igual que delincuencia juvenil, se asocian a una compleja fórmula de interacción entre factores de diferente índole. Estos factores de los que se habla son, predisposición genética, deficiencias neuropsicológicas, factores familiares, factores escolares y factores socio comunitarios entre otros, que hacen del estudio y concreción sobre estos fenómenos un rompecabezas. (Luengo et al., 2003).

6- CAPÍTULO 2: Marco legal y normativo.

Una vez contextualizada la trayectoria histórica de la salud mental, los trastornos de comportamiento y la percepción de la manifestación de conductas antisociales, se debe concretar de forma general, algunas de las leyes que respaldan tanto la protección como la intervención y gestión asociada a la infancia y adolescencia.

Para concretar más aún sobre el contenido de este capítulo, se especifica que, en primer lugar, se mencionarán tres de las leyes nacionales que permiten que se lleve a cabo el trabajo con infancia y adolescencia de forma correcta y lo más garantista de derechos posibles, es decir, leyes de protección, y leyes de responsabilidad penal, donde se contempla tanto detección y prevención de problemas de salud mental, como medidas terapéuticas complementarias a lo punitivo.

En segundo lugar, limitando al área de intervención de la Comunidad de Madrid, de donde se recogerá la mayor parte de información en la fase de entrevistas, se especificará una de las leyes autonómicas competentes en materia de salud mental y protección entre otras del o la menor ya que desarrolla de forma operativa los recursos asociados a estas materias mencionadas.

Y, por último, y como forma de concluir el apartado legal, se mencionarán tres de los instrumentos clave, en los que todos los países pertenecientes a estos tratados deben cumplir y los cuales, impulsaron o refuerzan, las leyes y normas que cada país decide implementar dentro del contexto infanto-juvenil que presente. Cabe destacar que, pese a que se presenten al final, constituyen el paraguas ético y jurídico que obliga a España a actuar en base a esos tratados.

6.1- Leyes Nacionales

La Constitución española establece el fundamento sobre el que se construye el sistema de protección y responsabilidad en el territorio español, incluyendo así, todo lo creado respecto a los niños, niñas y adolescentes que velen por sus derechos y que todos y cada uno de ellos sean respetados. (Constitución Española, 1978).

De forma general, cabe destacar el Art. 39 de la Constitución Española, ya que dispone que los poderes públicos deben asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia, además de la protección integral de la infancia, así como el disfrute de los derechos reconocidos en tratados internacionales sobre infancia, pudiendo ser un ejemplo la Convención sobre los Derechos del Niño. (Naciones Unidas, 1989).

A medida que han ido pasando los años, se han ido publicando, aprobando y actualizando diferentes leyes que concretaban de la mayor forma posible como debía velarse y protegerse estos derechos de la infancia. Este apartado se centrará de forma breve en tres Leyes Orgánicas enfocadas en la infancia y la adolescencia.

6.1.1- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Esta Ley es la norma básica de protección de la infancia y adolescencia en España, articulándose a partir de la Convención de Derechos del Niño ya mencionada y precisando el desarrollo integral y su participación en las decisiones que les afecten. Proclama el interés superior del menor como el criterio principal y primordial en las decisiones públicas y privadas que les afecten, priorizando medidas educativas, protectoras y terapéuticas frente a respuestas sancionadoras. (Ley Orgánica 1/1996, 1996).

En ella se encuentra una definición y organización acerca de la respuesta ante situaciones de riesgo y desamparo, además de permitir a la Administración adoptar medidas de protección, orientadas a restablecer las condiciones de desarrollo del niño, niña y adolescente de forma adecuada.

Busca crear una lógica preventiva, poniendo un foco en el deber de cualquier persona ciudadana, y en mayor medida, ciertos y ciertas profesionales, a comunicar posibles situaciones de maltrato, riesgo o incluso desamparo, creando así a los colegios, centros de salud, recursos residenciales, Servicios Sociales entre otros, escenarios de

prevención o detección temprana de indicadores asociados a problemas de salud mental y conductas antisociales, además de la posible presencia de contextos de riesgos en el desarrollo de la comunidad infantil. (Ley Orgánica 1/1996, 1996).

Por último, esta ley busca intervenir y acabar con los factores de riesgo para asegurarse el desarrollo psicosocial adecuado de los niños, niñas y adolescentes, disminuyendo así la posibilidad de la aparición de problemas de salud mental y conductas antisociales. integrándose con las dos próximas leyes y formando así un marco que vele y proteja de la forma más integral posible.

6.1.2- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y adolescencia frente a la violencia.

Esta segunda ley sigue la perspectiva de la primera, protegiendo de forma integral a la infancia frente a la violencia, conocida como LOPIVI, abordando cada ámbito en el que la comunidad infantil y adolescente se vea afectada y pueda darse un contexto de violencia física, psicológica, sexual, institucional, digital, etc. (Ley Orgánica 8/2021, 2021).

Busca abordar la violencia desde una perspectiva preventiva, a través de la detección temprana, intervención y reparación en todos los sistemas de una forma coordinada y adoptando medidas específicas. Unido a esta coordinación de los ámbitos educativos, sanitarios, servicios sociales, etc. Se crean protocolos de actuación concretos en cada espacio para identificar y garantizar la atención integral a la salud mental, entre otros aspectos del desarrollo. Un ejemplo encontrado en las entrevistas que identifica la necesidad de la prevención es lo recogido de ENT-6, *“Cuando un niño entra en el sistema de protección ya ha pasado por muchas cuestiones y muchas circunstancias... y seguramente ninguna buena.”*

Algo importante a recalcar en el ámbito de servicios sociales, es que atribuye al personal de protección de los y las menores, la condición de agentes de autoridad, donde se establecen planes de intervención familiar individualizados y sistemas de registro y seguimiento que velan por el bienestar.

Además de esto, insiste en que deben formarse de forma especializada aquellas personas que trabajen con la infancia, ya sea en justicia, educación, servicios sociales o sanidad entre otros, pudiendo así ampliar conocimientos y la capacidad para detectar y abordar factores de riesgo, o indicios de conductas antisociales. (Ley Orgánica 8/2021, 2021).

6.1.3- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.

Esta ley regula la responsabilidad penal de las personas menores de 18 años, es decir, de 14 años a 17, ya que menores de 14 no existe responsabilidad penal. Se lleva a cabo mediante un sistema específico y diferenciado del derecho penal para adultos, con una finalidad fundamentalmente educativa y de reinserción.

Esta ley trabaja dentro de la perspectiva de las dos anteriores, ya que regirá siempre por el interés superior del menor, pero en este caso, contempla que debe haber unas consecuencias ante actos tipificados como delitos, regulando, sustituyendo y contemplando diferentes medidas, ya sean privativas o no de libertad, como tareas socioeducativas, libertad vigilada o convivencia con otra persona de forma general. Además de ello, analiza los supuestos donde pueda existir anomalías o alteraciones psíquicas, adicciones o trastornos que afecten a su responsabilidad, obligando así a adaptar las medidas adecuadas a su interés, siendo un ejemplo de esto, el internamiento terapéutico o tratamiento ambulatorio, con el fin de no solo asumir las consecuencias de sus actos, sino que reparar y trabajar para que no vuelvan a darse. (Ley Orgánica 5/2000, 2000).

6.2- Normativa asociada a la protección de menores en la Comunidad de Madrid.

6.2.1- Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid.

La Ley 4/2023 de la Comunidad de Madrid desarrolla un modelo y marco autonómico para alinearlos con la Convención de Derechos del Niño, la LO 1/1996 y la LO 8/2021, concibiendo la protección a la infancia y adolescencia como algo holístico, gradual y compartida, abarcando desde todos los derechos del menor, hasta planos y recursos específicos de la Comunidad de Madrid.

Se podría entender esta ley, como el desarrollo autonómico madrileño que concreta en la práctica, la protección integral de menores con especial atención a la salud mental, problemas de conducta y apoyo a la vida independiente, entre otros. Un ejemplo para esta referencia sería lo que dice textualmente el Artículo 15 de esta Ley, “*Derecho a la protección de la salud mental y a la prevención y tratamiento de adicciones y trastornos de conducta alimentaria.*” (Ley 12/2023, 2023, art. 15).

Además de un listado amplio de los derechos, y articulando derechos concretos reconocidos en la Comunidad de Madrid, incluye principios para la actuación administrativa, distribución de competencias y los mecanismos de coordinación entre servicios sociales, sanidad, educación y otros sistemas implicados, creando así un sistema unificado de gestión e información sobre infancia y adolescencia, con el fin de conocer en la mayor medida posible, las realidades de los niños, niñas y adolescentes y poder así planificar y diseñar las posibles intervenciones de una forma individualizada integral y multidisciplinar. (Ley 12/2023, 2023)

Por último, cabe destacar que en esta ley se puede encontrar un enfoque que hace referencia al apoyo a jóvenes que salen del sistema de protección y su preparación para la vida dependiente, con el fin de velar por su bienestar y evitar la manifestación y gestión de conductas antisociales.

6.3- Leyes, directrices y guías internacionales.

Dentro de este apartado, se mencionarán de forma breve tres normas internacionales que reflejan un marco general del que a medida que ha pasado el tiempo se ha ido especificando y desarrollando más, siendo algunos de los pilares empleados para el ámbito de protección, prevención y justicia juvenil, centrándose cada uno en un campo concreto, como ya se introdujo al inicio del capítulo.

En primer lugar, y como marco general sobre la protección de la infancia y adolescencia en el ámbito internacional es la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de la ONU en 1989, la cual reconoce derechos fundamentales como la vida, supervivencia, desarrollo y participación de los niños, niñas y adolescentes menores a 18 años. Esta convención enfatiza en el desarrollo pleno de la personalidad, incluyendo aspectos asociados a la salud mental y gestión emocional acorde a su madurez.

Este tratado es un instrumento de derechos humanos que ha sido ratificado por 116 países que se han comprometido a garantizar y proteger estos derechos reconocidos. (Naciones Unidas, 1989).

Además de este tratado la Organización de Naciones Unidas, en noviembre de 1985, momentos antes de la Convención, se aprobaron las llamadas Reglas de Beijing, siendo estas unas reglas mínimas para la Administración de la Justicia Juvenil, promoviendo el bienestar de estos y reinserción social priorizándolo ante el castigo punitivo. Estas normas fueron relevantes para la protección de la salud mental ya que priorizan respuestas proporcionales al delito y el bienestar del menor, evitando así la privación de libertad salvo que fuera estrictamente necesario, como en caso graves, siendo concedores también de que el no ingreso, debido a factores biopsicosociales de riesgo puedan inducir en la reincidencia. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1985).

Por último, el tercer punto de este apartado, referente a tratados, leyes o directrices, se centra en las Directrices de Riad de 1990, también aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas con el fin de guiar la prevención de la delincuencia juvenil de una forma no punitiva e integral.

Estas directrices enfatizan en el desarrollo en armonía del adolescente durante su infancia y la participación de los niños, niñas y adolescentes en la sociedad. Esto se llevó a cabo a través de principios, medidas preventivas y acciones específicas promoviendo políticas que eviten la cronificación o agravio de las conductas antisociales llevadas a cabo fruto del desarrollo madurativo del menor, considerando que serán transitorias. (Naciones Unidas, 1990).

Se prioriza la familia como el núcleo de mayor integración social, instando a los gobiernos a preservar su unidad, ofrecer servicios de apoyo y garantizar el bienestar físico, moral y mental de las niñas, niños y adolescentes, además de fomentar en el ámbito educativo procesos participativos que fomenten el desarrollo de la personalidad, identidad comunitaria y respeto a la diversidad cultural entre otros. (Naciones Unidas, 1990).

Algo que se emplean a raíz de estos tratados, aparecen planes de acción nacionales que analicen de forma más precisa la realidad del país y así poder detectar e intervenir de forma temprana una posible conducta antisocial y cultivar así actitudes prosociales.

6.4- Protocolos de atención en salud mental infanto-juvenil.

Existen diferentes protocolos, tanto a nivel internacional, como nacional y autonómico, que sirven para materializar y poder implementar y velar que se cumplan las leyes y normas mencionadas anteriormente. A través de estos protocolos se llevan a cabo las intervenciones correspondientes de una forma controlada y predeterminada, fomentando así una mayor capacidad de cambio y mejora de forma integral en la infancia en este caso.

Como se ha dicho al inicio del párrafo anterior, existen varios, pero se ha escogido para comentar el funcionamiento de ellos el Plan de acción de salud mental 2025-2027 del ámbito nacional, llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad y el Comisionado de Salu Mental de España. (Ministerio de Sanidad [MSAN], 2024).

Este plan es un instrumento operativo para implementar la Estrategia de Salud Mental 2022-2026 del Sistema Nacional de Salud¹¹ habiendo sido aprobado en abril de 2025 por el Consejo Interterritorial del SNS, habiendo sido elaborado con la participación de las Comunidades Autónomas, sociedades científicas, profesionales, personas usuarias, familiares y expertos y expertas.

Se organizó en 8 líneas estratégicas que abordan los diferentes desafíos actuales en salud mental, donde se priorizó la prevención, atención comunitaria y población vulnerable, y optando en este momento por centrar más el foco de este apartado en la línea 6, llamada “Salud mental perinatal, de la infancia y de la adolescencia” pese a que se mencione de forma general otras líneas ya que están entrelazadas entre sí. (MSAN, 2024).

La línea estratégica 6 aborda de forma directa las vulnerabilidades que podrían derivar en conductas antisociales o de riesgo, y plantea aumentar el número de profesionales en el ámbito de salud mental infanto-juvenil, impulsar y facilitar el acceso a ayuda psicológica, además de, desarrollar intervenciones tempranas en colegios, atención primaria y servicios sociales pudiendo así identificar diferentes situaciones y coordinar protección de menores y justicia juvenil para casos en los que existan riesgos psicosociales.

¹¹ Es el marco del Ministerio de Sanidad para mejorar la atención, promover la salud mental y prevenir el suicidio, enfocándose en un modelo comunitario, la equidad, la perspectiva de género, la lucha contra el estigma y la atención a la infancia/adolescencia.

De una forma más específica, detalla acciones concretas para velar por los niños, niñas y adolescentes como pueden ser la eliminación de contenciones mecánicas y respetar voluntades anticipadas en situaciones de crisis, impulsar alternativas a la hospitalización para fomentar autonomía o preservar ese espacio seguro que tan importante puede ser para el grupo de población. (La Moncloa, 2025).

A modo de concluir este apartado, hay que entender que este Plan conecta directamente con las dos Leyes Orgánicas que se han mencionado anteriormente, y es importante unificar los diferentes puntos normativos que se han redactado como una red integradora que combina perspectivas de protección nacional, autonómica e internacional, unido con la prevención y justicia asociada estos mismos campos, observando así que a día de hoy, se busca erradicar la violencia o la exposición de los niños niñas y adolescentes en el desarrollo de su vida, y preservar su bienestar.

7- CAPÍTULO 3: Principales teorías y modelos explicativos.

Debido a que ya se conoce el recorrido histórico y vemos que existe una legislación y marco legal que orienta y regula la protección, intervención y desarrollo que se da en contexto de población infanto-juvenil, es crucial adentrarse en varias de las principales teorías, algunas, ya mencionadas anteriormente, que fundamentan, mediante diferentes perspectivas, y complementarias en muchos de los casos, si existe o no una relación entre un desarrollo pleno de la salud mental en la infancia y adolescencia y la manifestación de conductas antisociales, introduciendo en la mayoría de ellas, el concepto del entorno, algo crucial en la criminología.

A través de las perspectivas como el Aprendizaje Social, la Taxonomía de Moffitt y modelos integradores como el Triple Riesgo Delictivo o el de Vulnerabilidad-Estrés, se analiza cómo el entorno resulta clave siendo así este análisis teórico no solo una fundamentación de la interacción entre el o la menor y contexto, sino que constituye y funciona como hilo conductor o introductorio para abordar, en el siguiente capítulo, los factores de riesgo y protección específicos.

7.1- Teoría del Aprendizaje Social.

Albert Bandura parte de la idea de que una parte significativa de la conducta humana se aprende de forma vicaria, es decir, observando a otros sujetos y las consecuencias de sus acciones, sin necesidad de vivir directamente el refuerzo o el castigo. La conducta agresiva o delictiva puede adquirirse mediante la exposición repetida a modelos importantes para los niñas, niños y adolescentes en la infancia, mostrando comportamientos antisociales que pueden llegar a interiorizar y reproducir. (Triglia, 2015).

En el ámbito criminológico, se asocian a esta teoría los procesos de modelado, reforzamiento e imitación. En el caso del proceso de modelado, hace referencia al proceso por el cual un sujeto observa las conductas ajenas y extrae de ellas patrones de actuación entre otros comportamientos.

El reforzamiento adquiere la posición central en el avance de la teoría con Akers, concretándolo a reforzamiento diferencial, es decir, una conducta tiende a repetirse cuando se asocia a una recompensa, de igual manera que la ausencia de castigos o percibidos como poco relevantes, no inhiben dicha conducta.

Por último, la imitación, está asociada especialmente a las fases iniciales del aprendizaje de la conducta, ya que al observar cómo actúan otros en determinadas situaciones, reproduce dicha conducta, manteniéndola o no en función del reforzamiento que perciba. (Hikal, 2016).

En 1961, Bandura y algunos colaboradores llevaron a cabo el experimento del Muñeco Bobo, donde demostraron de forma empírica, los procesos de aprendizaje por observación. Consistió en exponer a un grupo de niñas, niños y adolescentes ante un adulto que interactuaba con un muñeco de forma agresiva, tanto física como verbalmente. En cambio, a otros grupos se les exponía igual, con otras formas de conducta para identificar si existiera una diferencia de conductas en los niños, niñas y adolescentes. (Guerri, 2021).

Los resultados del estudio mostraron que aquellos grupos que se habían visto expuestos a conductas agresivas reproducían con mayor frecuencia las conductas hacia el muñeco, en algunos casos, incluso mediante golpes y patadas, en comparación con los demás grupos.

Mediante este experimento, se respaldó la idea de que el aprendizaje de conductas antisociales se producía en mayor medida en contextos de observación social. Unido a esta teoría ampliada de Akers, cabe destacar el antecedente de ella, la Teoría de la Asociación Diferencial de Edwin Sutherland, puesto que sostenía que la conducta antisocial se aprendía en interacción con otros, fundamentalmente por los grupos íntimos. (UNIR Revista, 2020).

Y, por último, a modo de remarcar las diferentes propuestas que se dan con una base social similar, Travis Hirschi formula la Teoría del Control Social, siendo una perspectiva complementaria a las mencionadas, ya que se centra en que la mayoría de las personas se abstienen de delinquir pese a tener la capacidad de hacerlo, y no tanto en la forma en que se aprende el delito. Para él, la clave reside en los vínculos sociales fuertes como el apego, el compromiso, la participación o la creencia, siendo un importante pilar para la prevención y protección de las niñas niños y adolescentes ante estos contextos antisociales. (UNIR Revista, 2021).

7.2- Taxonomía de Desarrollo de Moffitt.

Esta teoría se ha consolidado como una de las aportaciones teóricas más influyentes en la Criminología del Desarrollo para explicar la delincuencia juvenil y la continuidad o desistimiento de la conducta antisocial a lo largo del ciclo vital. Desde el punto de vista teórico, la Taxonomía de Desarrollo de Moffitt supone un punto de inflexión al introducir una explicación diferenciada de las trayectorias delictivas, evitando tratar la delincuencia juvenil como un fenómeno homogéneo.

Fue formulada en la década de 1990, planteando que dentro de la categoría general de “delincuencia” existen en realidad, trayectorias evolutivas distintas, con orígenes, mecanismos de mantenimiento e implicaciones de intervención y preventivas diferentes. Moffitt parte de la observación en relación con que la mayoría de los niños, niñas y adolescentes se implican en algún tipo de conducta antisocial, pero tan solo una minoría mantiene este patrón de comportamiento de una forma reiterada o persistente desde la infancia y adolescencia hasta convertirse en adultos.

Sobre esto mencionado, propone la taxonomía dual que distingue entre los delincuentes limitados a la adolescencia, (*adolescence-limited, AL*) y los delincuentes persistentes a lo largo de la vida (*Life-course persistent, LCP*). (Moffitt, 1993).

En primer lugar, el grupo de delincuentes persistentes a lo largo de la vida se caracteriza por un inicio temprano de la conducta antisocial, soliendo manifestarse en etapas preescolares y escolares mediante déficits de autocontrol, agresividad o conflictos reiterativos con iguales o figuras de autoridad, ilustrado en la ENT-1 “*Cuando se origina más joven... puedes adquirir un mayor abanico de conductas problemáticas... conductas delictivas asociadas a consumo, agresión, problemas con justicia.*”.

Además de esto, se observan problemas de adaptación a las normas escolares y familiares, manteniéndose esta trayectoria y agravándose durante la adolescencia y la adultez, dando lugar a carreras delictivas prolongadas y a un abanico amplio de comportamientos delictivos o antisociales como consumo de sustancias, delitos violentos o conductas de riesgo. (Moffitt, 1993).

Moffitt explicaba que esta trayectoria partía de la interacción entre alteraciones neuropsicológicas como problemas de regulación emocional o déficits cognitivos, y contextos ambientales adversos como familias desestructuradas, presencia de una crianza negligente o exclusión. Esta combinación entre lo individual y ambiental generaba en los niños, niñas y adolescentes contextos que refuerzan la conducta antisocial durante el desarrollo vital.

El grupo de delincuentes limitados a la adolescencia constituyen un número mucho mayor al anterior grupo mencionado, cuya conducta antisocial se manifiesta principalmente durante su adolescencia, atenuándose o desapareciendo al inicio de la vida adulta. Estos niños, niñas y adolescentes no suelen presentar historiales prolongados de problemas en la infancia, ni déficits neuropsicológicos significativos, es más, su implicación en conductas delictivas o antisociales responden a factores situacionales y evolutivos, propios de esa etapa del desarrollo. (Moffitt, 1993).

No se puede hacer referencia a Moffitt y el grupo de delincuentes limitados a la adolescencia sin mencionar la aceptación de *Maturity gap*¹² que relaciona la diferencia de tiempo entre la madurez biológica y la madurez social, la primera centrada en la capacidad física de la edad adulta y la segunda, centrada en el acceso real a roles o responsabilidades más relevantes.

¹² Describe el periodo en la adolescencia en el que los individuos se sienten biológicamente maduros (por ejemplo, físicamente adultos) pero la sociedad aún les niega los roles y responsabilidades propios de la adultez. Esta brecha puede generar frustración y rebeldía, lo cual puede manifestarse a través de conductas delictivas.

Respecto a esta discrepancia temporal, algunos niños, niñas y adolescentes recurren a la imitación de modelos de conductas antisociales de sus iguales ligeramente mayores, o jóvenes contemplados en el primer grupo mencionado, adaptando las conductas delictivas como un medio de reivindicación, estatus, autonomía o bien, una identidad más adulta. (Wickert, s.f.).

Según lo mencionado, la perspectiva que expone Terrie E. Moffitt permite poder enfocar y analizar las conductas llevadas a cabo, con identidades diferentes, así como la planificación para trabajar la prevención, o la intervención en contextos tempranos y con una mirada integradora.

7.3- Modelo del Triple Riesgo Delictivo.

Este modelo, de Vicente Garrido y Santiago Redondo, forma parte de la Criminología contemporánea con una propuesta que está relacionada a las teorías ya expuestas anteriormente, pero incide en que la conducta delictiva o antisocial se explica a partir de tres bloques de riesgo.

Plantea que el delito no está asociado a un único factor aislado, sino la interacción entre características individuales de la persona, la calidad de su apoyo social y la exposición a oportunidades delictivas, convirtiéndose en un modelo que se ha empleado para analizar y evaluar el riesgo y diseño de intervenciones de la forma más individualizada posible. (Redondo Illescas, 2008).

Para especificar un poco más, Garrido y Redondo hacen referencia a los riesgos personales como un conjunto factores que incrementan la probabilidad de la implicación de conductas antisociales. Se entiende como factores, rasgos de la personalidad como impulsividad, búsqueda de sensaciones o la falta de empatía, déficits de habilidades cognitivas y socioemocionales como falta de autocontrol, nula capacidad de resolución de conflictos o distorsiones cognitivas¹³. Además de estos, se entienden como factores de riesgo los posibles trastornos psicopatológicos o trastorno por uso de sustancias.

¹³ Concepto fundamental en el ámbito de la psicología y la medicina que describe patrones de pensamiento irracionales o inexactos que influyen de manera negativa en las emociones y el comportamiento de las personas. Textualmente obtenido de: Clínica Universidad de Navarra. (2023). *Distorsión cognitiva*. Diccionario médico. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/distorsion-cognitiva> .

Para ellos, esta perspectiva individual permitía orientar las intervenciones centrándose en fortalecer o proporcionar herramientas o habilidades de regulación emocional, empatía o autocontrol.

El segundo punto de este triángulo que se interrelaciona es la calidad del apoyo social de la persona, según este modelo, la falta de apoyo social o la debilidad de esta aumenta también la posibilidad de involucrarse en este tipo de conductas. Cuando se habla de red de apoyo o apoyo social, se concreta en los vínculos con los familiares, supervisión parental o marental, relaciones con iguales e integración escolar o laboral. Cuando estos contextos no son fuertes o no existen, aparece esta mala calidad de apoyo social, aumentando el riesgo de la aparición de conductas antisociales. (edusocial.es, 2025).

Y, por último, y no menos importante, el tercer factor o característica que referencia este modelo. La exposición a oportunidades delictivas, es decir, características del entorno en el que se desenvuelve la persona que facilitan la comisión de delitos, por ejemplo, la disponibilidad de objetos atractivos y poco protegidos, baja vigilancia o facilidad de acceso a medios para delinquir como contactos delictivos, sustancias, etc. (Redondo Illescas, 2008).

Estas tres partes interrelacionadas, constituyen el modelo, demostrando que la intervención no debe limitarse solo con el individuo, sino que se debe considerar actuar a nivel comunitario para evitar otros factores que no dependan de la propia persona.

7.4- Modelo de vulnerabilidad-Estrés.

Este modelo partió de un estudio sobre la esquizofrenia en 1977 por Joseph Zubin y Bonnie Spring, pero durante el paso de tiempo se ha ido incluyendo e implementando como un modelo general o de referencia, en vez de como una teoría individual como las desarrolladas anteriormente. (Calderón, 2016).

Parte de la idea de que las personas presentan un determinado nivel de vulnerabilidad, entendiéndose como una predisposición a desarrollar problemas psicopatológicos o conductas desadaptativas, que pueden tener un origen genético, neurobiológico, cognitivo o de personalidad, pero no es suficiente la vulnerabilidad por sí sola para que aparezcan, es necesaria la presencia de acontecimientos vitales, estresantes o condiciones ambientales adversas que actúen como desencadenantes.

Se podría hacer referencia a la combinación entre vulnerabilidad y estrés como una relación probabilística, es decir, cuanto mayor es la vulnerabilidad de la persona, menor cantidad de estrés se requeriría para que se manifieste un problema o una conducta antisocial. A la inversa, cuanto menor es la situación de vulnerabilidad de la persona, mayor nivel de estrés debe darse para que aparezcan dichas conductas.

En el ámbito de la criminología, se entiende como vulnerabilidad esas dificultades para inhibir conductas impulsivas, baja empatía, tendencia a interpretar situaciones como amenazantes, etc. Es decir, factores predisponentes que incrementan la posibilidad de que se dé una respuesta desadaptativa ante una situación de estrés. (Calderón, 2016).

Por ende, se entiende como estrés en este modelo, los acontecimientos vitales negativos, condiciones socioambientales adversas, presión de grupos de iguales, presencia constante de violencia o una inestabilidad residencial y escolar entre otros. Cuando estas situaciones sobrepasan la capacidad de afrontamiento de los niños, niñas y adolescentes, especialmente si ya se presenta una situación de vulnerabilidad previa, aumenta la probabilidad de que recurran a conductas antisociales o desadaptativas, como consumos, agresiones o comportamientos de riesgo. (López, s.f.).

8- CAPÍTULO 4: Factores

Para iniciar este capítulo, es importante destacar que ya se han expuesto diferentes factores a lo largo de los capítulos anteriores, concretamente en las teorías y modelos ya que se contemplan en sus propios postulados. En cambio, se considera relevante concretar de forma breve los diferentes factores de protección y riesgo que se han ido remarcando y especificando de forma más completa con el paso del tiempo.

Este apartado se desarrollará inicialmente con los factores de riesgo y los subgrupos encontrados dentro de este, y de la misma forma se realizará con los factores de protección en el contexto del desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, con el fin de identificarlos en el apartado de “Análisis de resultados” una vez realizadas las entrevistas correspondientes.

8.1- Factores de riesgo en menores

Estos factores hacen referencia a las características, circunstancias o experiencias que aumentan la probabilidad de que un niño, niña o adolescente tenga una respuesta antisocial en los diferentes campos de su desarrollo vital. Estos se pueden dividir en subgrupos, los cuales se redactarán de forma breve. (Vásquez González, C. 2003).

Individuales: Numerosos autores conciben como un subgrupo los factores de riesgo individuales, es decir, aquellas características de la persona en su desarrollo evolutivo, algunos ejemplos de esto es la falta de autocontrol, la búsqueda intensa de sensaciones y las dificultades de regulación emocional, que predisponen a la persona a poder verse en una situación que le produzca una respuesta antisocial. (Redondo Illescas, S. 2023).

Familiares: Como su propio nombre especifica, estos factores se asocian a los vínculos intrafamiliares y como estos afectan al desarrollo de forma negativa, siguiendo la misma estructura que en los anteriores, algunos ejemplos de estos son los estilos educativos coercitivos, la falta de supervisión parental o marental, exposición a conflictividad intrafamiliar o la presencia de violencia o consumo de sustancias en el hogar. Como se recoge en ENT-6 *“Si las personas que más te tenían que cuidar no te han cuidado... ¿quién te va a ver? Eso te va a crear unos problemas de relación importantes.”*

Cabe destacar, que según estudios como el de Bowlby, en relación con el apego, demuestran que vínculos inseguros o desorganizados con las figuras de cuidado, se asocian a mayores niveles de problemas de conducta, agresiones y conductas delictivas. (Vásquez González, C. 2003).

Sociales o contextuales: En el marco de lo social o contextual, como se ha citado en las teorías, juega un rol fundamental en la persona y su relación con conductas antisociales. Estos factores señalan, la pertenencia a grupos de iguales implicados en actividades antisociales, desorganización en los barrios de convivencia, la falta de ocio estructurado o la escasa oferta educativa en algunos contextos. La exposición constante a una violencia comunitaria, modelos antisociales en el entorno, favorecen la participación en este tipo de conductas.

Otros factores: Se puede apreciar que los factores mencionados anteriormente parten de lo individual o micro, a lo meso o macro de una forma más general, en cambio, este apartado de factores representa la interconexión e interseccionalidad de algunas características que podrían encontrarse en diferentes factores de riesgo. Algunos ejemplos de estos son, la pertenencia a minorías frente a la exclusión, en algunos contextos, la migración y la ruptura de redes de apoyo condiciona de forma notoria a la persona, o un historial de victimización derivado de maltratos, abuso o acoso escolar en los diferentes entornos en los que el niño, niña o adolescente se desenvuelve.

8.2- Factores de protección en menores

A diferencia de los factores de riesgo, los factores de protección son aquellas características personales, familiares o sociales que disminuyen la probabilidad de aparición o manifestación de las conductas antisociales. (Vásquez González, C. 2003).

Individuales: En este ámbito, se han identificado como factores protectores, la capacidad de resolución de conflictos, un buen nivel de habilidades cognitivas, empatía, autocontrol y el sentimiento de autoeficacia entre otros, permitiéndose así percibirse como capaz en los distintos momentos vitales para desenvolverse de forma positiva o prosocial.

Familiar: Esto hace referencia a una crianza y relación intrafamiliar basada en la sensibilidad, apoyo emocional y supervisión adecuada, respetando y transmitiendo unas normas claras desde el entendimiento. Al igual que en los factores de riesgo, la Teoría del Apego juega un papel fundamental ya que, un apego seguro construido por estas características además de otras muchas previene y protege ante la exposición de trayectorias conflictivas o delictivas. (Redondo Illescas, S. 2023)

Sociales o contextuales: Este plano representa la integración escolar, participación en actividades deportivas, culturales o asociativas, la existencia de referentes adultos significativos fuera del contexto familiar como profesores y profesoras, entrenadores y entrenadoras, etc. Otro ejemplo de este grupo está relacionado con el sentimiento de pertenencia a grupos de iguales prosociales ya que funcionan como importantes lazos frente a una exposición antisocial.

Otros factores: Dentro de este subgrupo, se ubican factores protectores como el acceso temprano a servicios de salud mental y apoyo psicológico, intervenciones socioeducativas especializadas o programas de prevención familiar y comunitaria. La participación en programas de justicia juvenil, acompañamiento social o centros de día son factores que contrarrestan los factores de riesgos acumulados. (Redondo Illescas, S. 2023)

Todos los factores de riesgo y protección actúan y se entrelazan formando un contexto integral en el niño, niña o adolescente, proporcionando o no las habilidades, herramientas y toma de decisiones para desenvolverse de una forma u otra ante las diferentes situaciones que se le irán presentando a lo largo del recorrido vital.

Esto significa, que la idea principal en la intervención y prevención de conductas antisociales en menores debe estar relacionada con un equilibrio dinámico entre ambos grupos de factores, que promuevan una buena salud mental y respuestas prosociales ante estas decisiones ya mencionadas.

9- ANÁLISIS DE RESULTADOS.

En el presente apartado se expone de forma sistemática el análisis de los resultados obtenidos a partir de las nueve entrevistas semiestructuradas realizadas a profesionales de la psicología, la educación social, el trabajo social y la psicopedagogía que intervienen con menores con problemas de salud mental y/o conductas antisociales. Su principal finalidad se centra en organizar, sintetizar e interpretar los discursos recogidos, pudiendo así, ponerlos en relación con los objetivos específicos e hipótesis planteadas al inicio de la investigación, además de dar una continuación al contenido de los cuatro primeros capítulos con lo recogido.

En primer lugar, se organizan los resultados siguiendo la estructura de los cuatro bloques del guion de entrevista: perfil profesional y perspectiva general, relación entre salud mental y conducta antisocial, papel de la familia y del entorno, y, por último, recursos e intervención, permitiendo agrupar las respuestas en torno a ejes temáticos e identificar los elementos que se repiten o diferencian y aquellos matices que aparecen vinculados a contextos o perfiles profesionales concretos.

En segundo lugar, dentro de cada bloque se recogen los temas principales y las categorías que se han identificado durante el proceso de análisis, remarcando tanto los puntos de consenso como las diferencias entre los y las profesionales entrevistadas en cómo cada disciplina prioriza determinados factores en la explicación de la conducta antisocial y en la comprensión de la salud mental en la infancia y la adolescencia.

En tercer lugar, se añaden fragmentos textuales que ilustran las percepciones, experiencias y valoraciones de los y las profesionales, teniendo como propósito, por un lado, dar voz a las personas entrevistadas y, por otro, servir como evidencia que respalde las interpretaciones realizadas y el contraste con la revisión bibliográfica realizada previamente.

A lo largo del apartado se irán señalando las conexiones entre los resultados obtenidos y los objetivos específicos del estudio, indicando en qué medida los testimonios apoyan, matizan o cuestionan las hipótesis formuladas al inicio del proyecto.

9.1- Bloque 1: Perfil y perspectiva profesional

Entre los temas mencionados o trabajados en este bloque, se destacan tres de ellos, siendo el primero, el origen de la conducta antisocial y su contexto, el segundo, trata dar respuesta a si la percepción de los y las profesionales está asociada a una conducta antisocial como respuesta adaptativa o se asocia más a un síntoma de una patología, y por último, se recoge alguna discrepancia entre disciplinas pero con puntos en común muy importantes que marcan una intervención multidisciplinar unida.

Tras la recogida y codificación de las respuestas, se ha observado que al menos en 6 de las 9 entrevistas se resalta y concibe que la causa principal de la conducta antisocial en la infancia y adolescencia viene dada por una problemática familiar, remarcando los malos tratos, abusos y abandono emocional como principales detonantes.

Según ENT-1¹⁴, *“La causa familiar, fundamentalmente, y mucho relacionado con situaciones de negligencias, fundamentalmente malos tratos y exposición a contextos de riesgo.”* o bien, citado textualmente de ENT-3¹⁵, *“Muchos de los chicos aquí que tenemos son prácticamente que tienen familias, pero han estado en la calle, la familia sin ningún*

¹⁴ Profesional de la rama de Psicología.

¹⁵ Profesional de la rama de Trabajo Social.

tipo de responsabilidad, sin ningún tipo de atención hacia ellos". Estas dos referencias, entre otras, nos han dado, además de un detonante concreto, una idea de que, pese a que haya diferentes disciplinas interviniendo, no tienen por qué no coincidir en los orígenes o detonantes, aunque se tratará más detenidamente en el tercer tema del bloque.

Otro de los detonantes se identifica en la marginación¹⁶, según ENT-8¹⁷, *"El inicio común que yo encuentro es el tema de la marginación... gente que no entra dentro de un proceso de socialización normal"*, además de enfatizarse en los perfiles de menores extranjeros no acompañados donde se destaca el proyecto migratorio complejo, junto a duelos no resueltos y expectativas familiares irreales, remarcando nuevamente la posición de la familia, identificado en ENT-7¹⁸ textualmente, *"Los chicos vienen de proyectos migratorios muy complejos... casos de chicos que han tenido otros hermanos que han hecho el mismo proyecto pero ha salido mal."*

El segundo tema que se ha destacado de este bloque es la concepción de la conducta antisocial, y es que, varios profesionales prefieren conceptualizar la conducta antisocial como respuesta adaptativa a contextos anómalos más que como "trastorno" en sí misma. Entendiendo que este tipo de conductas han sido aprendidas como un medio para obtener y satisfacer necesidades sin unas figuras referentes positivas que guiaran o condujesen su aprendizaje evolutivo acorde a sus edades. Esta visión se ve referenciada entre otras, en ENT-6¹⁹ *"Yo digo que es una respuesta adaptativa... dan la conducta que deben de dar por la vida que pasan. Lo anormal es tener una conducta totalmente normal en una situación totalmente anormal."*

Cabe destacar un matiz que se menciona en varias entrevistas sobre la forma de identificar si la conducta antisocial es síntoma de una patología y no de una respuesta adaptativa, y se remarca planteando si el cambio debe estar en él o la menor, o en el entorno. Según ENT-5²⁰:

¹⁶ Entendida marginación estructural, que afecta a cada uno de los espacios en los que se desarrollan, los y las menores, entornos educativos, barrios concretos y realidades familiares conflictivas.

¹⁷ Profesional de la rama de Psicología.

¹⁸ Profesional de la rama de Trabajo Social.

¹⁹ Profesional de la rama de Trabajo Social.

²⁰ Profesional de la rama de Educación Social.

“Cuando empiezas a ver que sí, que hay cambio, que toman conciencia de eso, ahí se ve la diferencia entre los que sí que pueden dar el cambio y hacerlo, y los que tienen otras limitaciones que por mucho que tú te esfuerces en hacer un cambio, no va a poder producirse ese cambio porque no entienden las cosas de la misma manera, porque no perciben los estímulos ni el entorno de la misma manera. Y porque al final, yo creo que muchas veces, en vez de que el cambio venga de ellos, necesitan que el cambio sea del entorno porque no les puedes explicar las cosas de igual manera. Todo les afecta de formas completamente distintas. Entonces, cuando hay un cambio en la persona y en el menor, también ahí se nota mucho el decir, sí que está teniendo una reacción ante la intervención educativa.”

Por último, como tercer tema del bloque, las dificultades interdisciplinarias y sus coincidencias y divergencias en opiniones y formas de trabajo, pero antes de analizar por disciplinas, es importante tener presentes las dos citas siguientes, en primer lugar, según ENT-4²¹, *“El trabajo interdisciplinar cuesta... pretendemos todos tener una actitud como muy de primera espada... y al final quien lo sufre es el niño.”* Entendiendo que todo conflicto, desacuerdo o cambio en la intervención entre los y las diferentes profesionales, afectará al desarrollo de los y las menores,

En segundo lugar, citado textualmente ENT-8,

“Nosotros cuando trabajamos y nos acercamos a un menor que ha tenido una conducta delictiva, dependiendo del perfil profesional que tengas, vas a abordar una serie de cosas... En un momento dado sí puede haber una unión entre todos, pero las perspectivas de trabajo son distintas, por la dimensión que intenta atacar.”

Observando que, la diferencia de perspectiva no siempre tiene porqué suponer un problema o un deterioro de la intervención, puesto que, como se puede apreciar en la cita, la dimensión que aborda cada profesional requiere una perspectiva, y si estas son complementarias, o existe una comunicación entre el equipo, hará más integral y completa la intervención.

²¹ Profesional de la rama de Educación Social.

Durante el desarrollo de las entrevistas, a medida que se fue tratando los diferentes bloques, se observa en segundo plano esas diferencias y similitudes entre profesionales, entendiendo así, que el análisis debe basarse en los cuatro bloques, pese a que se exponga de forma introductoria como el tercer tema del bloque 1.

Para comenzar, en relación con la rama de la psicología, se encuentran coincidencias con el resto de las ramas en el reconocimiento de la familia y el entorno de riesgo como núcleo etiológico de la conducta, aunque se tiende a emplear términos de diagnóstico para explicar trayectorias. Cabe destacar que algunos de los profesionales entrevistados han insistido más en la capacidad de cambio y plasticidad del diagnóstico, mientras que otros/as enfatizan en la gravedad de algunos cuadros para diferenciar su pronóstico.

El trabajo social sitúa la marginación, exclusión y proyectos migratorios traumáticos como unos condicionantes estructurales de la conducta antisocial, haciendo hincapié en la falta de red de apoyo, precariedad residencial y debilidades del sistema de protección, en cambio, pese a que lo anterior se encuentre apoyado por alguna de las figuras profesionales de la psicología entrevistadas, cuestionan la “psiquiatrización” de las problemáticas sociales, conceptualizando con mayor énfasis la conducta como la respuesta adaptativa y efecto de un abandono institucional.

La tercera perspectiva analizada es la de educación social y la psicopedagogía, quienes describen la conducta antisocial desde una cotidianeidad del recurso, destacando cómo se refuerza o extingue en el día a día según normas y modelos de referencia, incluyendo también el fracaso escolar, y la falta de adaptación curricular.

Todas las perspectivas conciben las etiquetas como un error, pero concretamente estas dos, critican su uso y la falta de comprensión del trauma, reivindicando el papel del vínculo cotidiano frente a intervenciones únicamente clínicas.

A modo de cierre de este bloque, es momento de relacionar los resultados con las hipótesis y objetivos del inicio de la investigación, y nos ha permitido contrastar directamente las hipótesis 4.1, 4.2 y 4.3. En cuanto, a la primera, se acepta, es decir, existen diferencias en la interpretación de las conductas antisociales y la salud mental en la infancia y adolescencia entre las diferentes figuras profesionales, aunque es importante reiterar lo mencionado en el análisis y es que, pese a que exista una diferencia, todas las

disciplinas han coincidido en algunos factores o detonantes concretos en la vida de los y las menores.

La segunda hipótesis se confirma parcialmente, ya que alguna de las personas entrevistadas de la rama de la psicología enfatiza en la salud mental y se tiende a articular marcos de diagnósticos, aunque se matiza el contexto y el trauma como algo inseparable. Y, por último, la tercera también es aceptada ya que las disciplinas de educación y trabajo social insisten en que la familia, el barrio, la exposición a violencia estructural y situaciones de riesgo son los ejes centrales de una manifestación de la conducta antisocial.

9.2- Bloque 2: Relación entre salud mental y conducta antisocial.

El bloque se caracteriza por diferentes temas, al igual que el anterior, pero uno de los principales es si existe una diferencia en las conductas antisociales entre los y las que tienen un diagnóstico de salud mental y aquellos y aquellas que no y es que se ha observado una idea generalizada en la que la mayoría no observa grandes diferencias en el tipo de conducta antisocial, sino en la evolución y capacidad de cambio cuando hay trastornos graves o consumo crónico. Se observa que donde aparece una diferenciación es durante el tratamiento y acompañamiento, enfocando en que el o la menor que presenta un cuadro diagnóstico no siempre se consigue una reducción de la conducta a no ser que exista un equilibrio y control del trastorno ya que los patrones de comprensión o la forma en que lo viven es distinta.

Podría decirse que se observa que el tipo de conducta tiende a ser el mismo, pero algunas enfatizan en la magnitud de la conducta, ejemplificando con casos de discapacidad y la gestión de frustraciones o cambios de rutina dándose unas reacciones de agresividad más exageradas o desequilibradas.

Cabe remarcar que, pese a no poder concluir con una idea clara, en diferentes momentos y entrevistas se mencionan conceptos como la hipersexualización²², identificándola mayoritariamente en las menores con conductas o trastornos internalizantes y la hetero agresividad e implicación en robos y bandas en los menores, pudiéndose ver textualmente según dice ENT-2:

²² Se refiere al fenómeno mediante el cual niñas, niños y adolescentes adoptan de forma prematura comportamientos y estéticas sexuales de la adultez

“El chico es más conductual y la chica es más desde lo afectivo. Está mal y suena mal, pero es una realidad, o sea, el chico es un bestia y las chicas son manipuladoras, manejan las situaciones de otra manera.”.

En cambio, otras figuras entrevistadas no comparten esta opinión, entendiendo que no existe una relación directa entre género y tipo de manifestación, pero si se identifica unos diagnósticos concretos dependiendo del género, exponiendo el Trastorno Límite de la Personalidad como el principal en niñas y adolescentes, y el Trastorno por uso de Substancias en niños y adolescentes. Por ende, de las entrevistas no podríamos concluir si existe una visión general de un condicionamiento en la conducta antisocial directa por el género o tipo de patología.

Siguiendo con el segundo tema principal del bloque, se relaciona con El Modelo Vulnerabilidad–Estrés explicado en el Capítulo 3 y es que se identifican eventos traumáticos como el fallecimiento de figuras significativas, abuso, abandono familiar o migración forzada como punto de inflexión sobre una vulnerabilidad previa que hace que se manifieste o se inicie la conducta antisocial de forma más exponencial.

A diferencia de otros temas en los que la opinión o visión es unánime, aquí la gran mayoría de las personas entrevistadas apoyan esta teoría y el detonante, en cambio, se observa en dos entrevistas que se habla de incomprensión y abandono del sistema como uno de los factores que impulsan la conducta, pero manifestando la imposibilidad de indicar un hecho individual concreto que recuerden en sus intervenciones con sus casos que fuera el principio de la conducta.

Por último, el tercer tema, se menciona en diferentes bloques de las entrevistas ya que los y las profesionales entrevistadas lo tienen presente, ya sea por el detonante que limita los filtros de los y las menores y acaba aumentando las posibilidades de que se manifiesten las conductas delictivas, o bien, incluso se inicia la conducta delictiva para poder acceder al consumo como dice ENT-5:

“Llevan a cabo estas conductas aprendidas y tienen un consumo muy grande y extenso a edades muy tempranas. Y claro, ahí te has metido en el bucle, porque la gente con la que haces eso, puede también delinquir, o incluso delinque para poder seguir consumiendo”

El concepto de automedicación o autorregulación se asocia también al consumo en las entrevistas ya que han encontrado en sus casos, que el fin de la medicación se encuentra en limitar o controlar el malestar que tienen.

Un ejemplo de ENT-1 *“nos encontramos con que, por ejemplo, cuando tienen conductas de consumo, si dejan de consumir, se quedan sin nada que reduzca el malestar, sin nada que les ayude a regularse, sin una herramienta que es desadaptativa, pero ha de ser una herramienta.”*, idea compartida y explicada por ENT-8, *“Muchas veces me encuentro con chavales o chavalas que el tipo de consumo que tienen es un consumo, entiéndeme, pseudo-terapéutico. Es decir, están buscando en esos consumos no una evasión, no una fiesta, no una ebriedad, sino que están buscando paliar sentimientos negativos.”*

Entendiendo que el consumo en la infancia es uno de los ejes centrales que se observa y debe trabajarse para disminuir la manifestación de conductas antisociales o en la limitación y exposición o normalización en sus hogares, además de proporcionar herramientas de gestión y control del malestar al que puedan verse expuestos o expuestas.

Al igual que en el anterior bloque, para cerrar este, se relacionan los resultados con las hipótesis, en este caso las H1.1 y H1.2. Para comenzar, la primera hipótesis hace referencia a que existen diferencias significativas en la manifestación de conductas según el tipo de trastorno mental, y si bien no se describen tanto como tipos distintos de conductas, se incide en la intensidad, cronicidad y direccionalidad, encontrando autolesiones o una desregulación emocional, por un lado, y hetero agresividad y vulneración de derechos ajenos por otro, por ello, se consideraría aprobada esta hipótesis con la matización añadida.

En cuanto a la segunda hipótesis, se rechaza la existencia de diferencias significativas en el tipo de conductas antisociales entre menores con y sin problemas de salud mental ya que, al igual que en la anterior, se incide en que las trayectorias de estos con salud mental son más complejas y existe una menor capacidad de regulación, pero el tipo concreto de acto se solapa o se encuentra en los ambos grupos. Ejemplificada de forma textual en ENT-8, *“En cuanto a las conductas antisociales en sí, no... en cuanto a la posible evolución de la intervención, sí.”*

9.3- Bloque 3: Familia y entorno.

Este bloque, como su nombre indica, relaciona la familia y el entorno con cómo este afecta en el desarrollo de la infancia y adolescencia, en la manifestación de conductas antisociales. Siguiendo la estructura anterior, en este bloque se destacan tres temas principales.

El primer tema que se ha observado está relacionado con la negligencia parental y la conocida como negligencia invisible²³ y es que analizando lo recogido en las entrevistas, se describen faltas de supervisión, abandono emocional, padres ausentes o centrados en sus propias adicciones como núcleo del riesgo. Considerando así, la negligencia invisible con un efecto dañino mayor y más difícil de trabajar que el comúnmente conocido como negligencia o violencia física.

Esto lo relacionan con la Teoría del Apego, ya que se entiende que construimos nuestras formas de relación a través de los vínculos y patrones de crianza, convirtiéndose ese abandono o sentimiento de invisibilidad ante las personas que deben cuidar en inseguridades y patrones de relación posiblemente negligentes, llevándose muchos casos a ser ellos los que repitan las pautas aprendidas, pudiendo ilustrar esa conclusión en ENT-8 textualmente entre otros:

“Pero la base de los apegos, la base emocional, esa es la base principal sobre la cual vamos asentando tanto nuestras relaciones con el otro como nuestra evolución social. Vamos a ir asentando nuestros conocimientos sobre nuestra manera que hemos sentido el amor, nuestra manera que hemos sentido el apoyo, los cuidados. Si eso está bien, o sea, si se da algo saludable en torno a eso, es más fácil ir construyendo o es más fácil ir corrigiendo posibles cosas que serían negativas porque tenemos esa base.”

Además de esta idea de la negligencia o huella invisibles, es importante destacar que, en sus respuestas, han ido exponiendo la multiproblemática que se da en los núcleos familiares, destacando además de ese abandono emocional, situaciones de exposición a violencia, normalización de consumos o inestabilidad residencial. Manifestando la dificultad de la intervención y cómo comenzarla.

²³ Término asociado a una vulneración sutil, a veces sin intención, donde se da rechazo emocional, abandono o descuidando las necesidades afectivas durante la infancia y adolescencia. (Torvisco,2025).

El segundo tema está relacionado con el primero, y es que, pese a que se hable de contextos de vulnerabilidad y exposición, no todos ni todas las menores que han crecido en esos contextos han acabado manifestando conductas antisociales, ¿Qué ha hecho que pudieran adaptarse o se les considere resilientes? Y es que, se ha observado que hay menores que desarrollan trayectorias más prosociales gracias a figuras de apoyo estables como familiares, educadores, voluntariado, entrenadores y experiencias de reconocimiento. Una apreciación importante sobre esto se da en ENT-6, *“Cuando a ti te dan una función y creen en ti... a veces la gente florece.”* Relacionándose nuevamente con las figuras de apego seguro relevantes en su vida como un “salvavidas” de esos contextos de riesgo.

El tercer y último tema se plantea vinculándose a la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura y el contexto educativo, puesto que, tras informar sobre el contenido de esta, se encuentra una perspectiva unánime en cuanto a la influencia, sentimiento de pertenencia e imitación que cobra importancia en la etapa de la infancia y adolescencia los grupos de iguales.

Se encuentra una coincidencia en la percepción de que las conductas antisociales, al igual que otras, son aprendidas e imitadas en el hogar como dice ENT-5 *“el grupo que trabajo con el que tengo aquí en este centro, son todo conductas aprendidas, en primer lugar, por parte de los padres, porque lo han visto, los han visto delinquir, los han visto tener agresividad, los han visto maltratar física y psicológicamente, los han visto drogarse. Han normalizado que el padre o la madre esté en la cárcel.”* y grupo de iguales, muchas veces significando la aceptación o rechazo del mismo si estas se llevan a cabo o no.

Esto es importante debido a que, cuando no existen figuras de apoyo o referencia en el entorno familiar, ese grupo representa un pilar fundamental del que gira el desarrollo de los y las menores, pero ¿qué pasa cuando hay un buen vínculo familiar, un contexto de cuidado y aparece un grupo de iguales con conductas disruptivas?

Aquí aparecen perspectivas diferentes, aunque la que más predomina es la que recalca que el vínculo familiar positivo, pese a que el grupo de iguales inflencie y conlleve una manifestación de conductas antisociales, será más fácil la intervención para reconducir, o incluso el o la menor termine desvinculándose de ese contexto de riesgo, por una percepción negativa de ello.

Viendo en la ENT-9 una respuesta que fundamenta esta percepción, *“Hombre, ahí hay un periodo crítico que sí se supone que se tambalea, pero habiendo habido una base familiar firme, todo se reconduce.”*

El ámbito educativo tiene un papel fundamental en contextos de desarrollo tanto a nivel educativo como relacional, donde en las etapas como la adolescencia, marca un antes y un después en este desarrollo, pudiéndose encontrar casos donde la vinculación con el o la menor suponga una barrera ante posibles conductas antisociales, actuando como factor de protección, en el que se pueden encontrar figuras de referencia para ellos que no habían encontrado antes.

Además de esto, se ha identificado al colegio como un lugar donde se identifican problemáticas que han pasado desapercibidas en otros contextos como dice ENT-9 *“muchos de los casos se detectan en los colegios porque un niño lo habla, lo habla un amigo, el amigo se lo dice a la tutora y se destapan en los colegios y no en casa. Un montón de casos de abuso se destapan en los colegios y de agresiones de otro tipo.”*

En cambio, también puede suponer un foco o un punto de encuentro donde se pueda crear una vinculación negativa que fomente conductas como absentismo, consumo u otras conductas antisociales, además de haberse convertido en algunos casos en espacios de segregación donde perfiles parecidos acuden a unos cursos concretos aumentando la posibilidad de retroalimentarse, tanto para conductas prosociales, como para conductas antisociales.

Según ENT-7, *“Están muy lejos de ser unos recursos facilitadores o de apoyo, (...) posteriormente siempre tienen que ir a otro tipo de recursos porque no están adaptados. ¿A qué me refiero con que no están adaptados? Pues tienen tal desfase curricular que yo he visto casos en los que, como no están haciendo las cosas como el resto, te pongo una esquina”* O bien, como ejemplifica ENT-8, *“Cuando tienes un chico que ha entrado en nuestro centro por un problema de consumo de sustancias y lo está llevando a un centro formativo donde la prevalencia de consumo de sustancias es mucho mayor que en un instituto, estás enfrentando al chico a una parte que puede ser problemática. (..) Al final, lo que sí estamos viendo es que sí estamos creando guetos y que los chavales son muy sensibles a eso.”* Exponiendo la importancia y necesidad de dar giro para trabajar la estigmatización y la creación de núcleos de menores vulnerados.

Identificando estos temas destacados, se relacionan concretamente con las hipótesis 3.1 y 3.2, aceptando ambas de ellas, en primer lugar, la hipótesis 3.1 expone la negligencia parental como un factor determinante en la manifestación de conductas antisociales y se puede ver fuertemente respaldada por todas las figuras profesionales entrevistadas como se ha referenciado anteriormente. Por ende, la existencia de comportamientos parentales negligentes, caracterizados por el incumplimiento de responsabilidades parentales básicas, se asocia significativamente con una mayor propensión a la aparición de conductas antisociales en la infancia y adolescencia.

En cuanto a la hipótesis 3.2, se confirma que un clima familiar de cuidado y comunicación representa un factor protector que disminuye y previene la prevalencia de conductas antisociales en el momento que se introduce una figura de apego segura.

9.4- Bloque 4: Recursos e intervención.

El cuarto y último bloque de preguntas se compone de dos temas principales, el efecto de los recursos de salud mental, junto al uso de farmacología y vínculo como intervención terapéutica, y el segundo tema se centra en las barreras percibidas por los y las profesionales para el acceso y el trabajo de la salud infanto-juvenil, enfatizando concretamente en el paso a la mayoría de edad.

En relación con el primer tema, se distinguen dos planos entre los efectos de los recursos de salud mental, el primero de ellos es el efecto inmediato de la medicación como reductor de la conducta, con el concepto de anestesia ligado a ello como se puede apreciar textualmente en ENT-4:

“Han venido chavales supermedicados... sin un vínculo... el tratamiento farmacológico no vale para nada, simplemente para dejar al chaval anestesiado.” Aunque en esta respuesta recogida, no se considere útil en la intervención, en otras entrevistas se ha encontrado la percepción de farmacología como apoyo puntual, sin ser la solución a no ser que exista un trabajo y vínculo terapéutico ligado a ello, siendo este el segundo plano para poder encontrar un efecto ligado en el tiempo.

Hay una metáfora que hace referencia a esto en ENT-1, y dice así:

“Yo lo entiendo como que la medicación es cuando la persona está hundida en el agua, en un río, y la medicación le saca a flote, pero la persona tiene que llegar a la orilla y la medicación no te lleva a la orilla, a ella tienes que saber y desarrollar la capacidad de nadar y de moverte en el agua para llegar por ti mismo. La medicación te deja ahí, pero como se te quite la medicación, al no saber nadar, te vuelves a hundir. Entonces yo creo que es una cosa que tiene que estar compartida, las dos tienen que intervenir.”

Tras lo recogido, es sumamente importante el vínculo terapéutico y el desarrollo de nuevas herramientas, además de hacer ver a los y las menores que son capaces de poder afrontar y gestionar las dificultades o situaciones conflictivas que se les presenten, empoderándoles y creando figuras referentes que les acompañen y refuercen, en muchos casos, menores que se encontraron en su situación y han visto una evolución positiva en la intervención.

El segundo y último tema está relacionado con el objetivo específico número 2, es decir, cuál es la percepción de las figuras profesionales entrevistadas sobre las diferentes barreras que se encuentran los y las menores en el desarrollo de la salud mental en la infancia y adolescencia.

Entre lo recogido de las 9 entrevistas, se encuentran muchas y muy diferentes tipos de barreras, algunas hacen referencia a la percepción del menor o la familia en relación con el proceso terapéutico como dice ENT-2 *“yo creo que siguen siendo, el seguir pensando, yo no estoy loco, ahí van los locos y yo no estoy loco.”* En cambio, otras perciben una excesiva burocratización que ralentizaba el proceso, unido con una sobrecarga o saturación del sistema público, enfatizando y conectando con la falta de continuidad y adherencia al tratamiento cuando no existe la posibilidad de crear un vínculo con el profesional como refiere ENT-5:

“la falta de continuidad en la asistencia, porque tú puedes irte por lo público que dices sí, hay recursos gratuitos, sí los hay, pero es que en esos recursos gratuitos están hasta arriba, los profesionales no pueden más y no es una atención”

Lo abordado por ENT-5 es algo que se encuentra repetido en gran parte de los discursos sobre barreras de las personas entrevistadas, mostrando una clara idea de que se necesita más recursos específicos, y mayor capital para poder llevar a cabo intervenciones de calidad, con seguimientos de la forma que se requieran y no como se puedan. Sumándose también, y citado textualmente por la última mencionada “*vienen familias súper perdidas que no saben ni a dónde tienen que acudir ni a dónde pueden llevar al niño o a la niña, es decir, una falta de información*”.

Y, por último, unas barreras más generales, que podrían incluir la estigmatización o los prejuicios de una sociedad, las barreras culturales, asociada a la primera barrera mencionada. Y ENT-8 lo relata de forma clara “*Las culturales. Barreras culturales en tanto a la concepción de la salud mental, en cuanto a la concepción de la figura de un psicólogo, en cuanto a la concepción de la figura de un psiquiatra. Esos prejuicios culturales anteriores que pueden ser de mil historias.*”

Una vez analizado algunas de las barreras planteadas durante la recogida de datos, se plantea alguna pregunta desde algunas de las personas entrevistadas y las cuales, sería interesante investigar su respuesta. ¿Qué sucede cuando estos y estas menores cumplen la mayoría de edad y necesitan de una continuidad en su tratamiento? ¿Existen recursos suficientes para trabajar la transición a la vida adulta y prevención de conductas antisociales para todas estas personas que dejan de ser menores? O, ¿De qué forma se puede trabajar con un menor fuera de su contexto, para que cuando vuelva a su contexto desestructurado, no retroceda en el recorrido realizado?

A modo de cierre del Bloque 4 y último del capítulo de análisis, el conjunto de entrevistas respaldan la hipótesis que afirma que el acceso a recursos y servicios de salud mental como la atención psicológica, programas de intervención temprana y acompañamiento psicosocial se asocia con una reducción significativa de la manifestación de conductas antisociales, matizando que esto solo sucede si existe una continuidad, adherencia y vinculación significativa del menor al recurso y al proceso, potencializando el cambio del o la menor.

10- CONCLUSIONES.

A modo de concluir este trabajo de investigación, se mencionarán diferentes conclusiones de forma breve y concisa asociadas a los cuatro objetivos propuestos al inicio del proyecto, además de incluir otras a las que se ha llegado durante la investigación sin ser de forma directa el objeto de estudio.

Se ha identificado diferencias en las conductas antisociales de los y las menores que presentan un cuadro de salud mental frente a los que carecen de él en la forma de percibir y gestionar la realidad que viven, observando que tienden a ser el mismo tipo de conductas, encontrándose estas diferencias en los procesos de cambio y evolución a medida que se lleva a cabo la intervención.

No es posible llegar a una conclusión clara acerca de la relación directa entre el tipo de conductas antisociales y el género, en cambio, se aprecia una opinión generalizada de unos cuadros diagnósticos diferentes en relación con el género, sin poderse confirmar totalmente, encontrándose más casos de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) en niñas y adolescentes, y Trastornos adaptativos o Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS) en niños y adolescentes.

No se puede afirmar que exista un “perfil clínico único” asociado a la conducta antisocial, pero sí se observa que ciertos diagnósticos como trastorno límite, cuadros depresivos-ansiosos y trastornos adaptativos que tienden a relacionarse más con conductas autolesivas y desregulación emocional.

Se concluye que el acceso continuado junto con un seguimiento adecuado disminuye la manifestación de conductas antisociales rechazándose la farmacología como único medio de contención o control de dichas conductas.

Durante el periodo de análisis, sin perseguirse como foco directo de investigación, se considera importante destacar la necesidad de enfoques centrados en el trauma en casos de hipersexualización y no únicamente en control de la regulación conductual.

Una figura de apego o de referencia positiva durante el desarrollo en la infancia y adolescencia disminuye la posibilidad de involucración en conductas de riesgo u antisociales, al igual que se observa que el consumo aumenta dicha involucración.

Las barreras culturales como la percepción negativa y estereotipada de figuras terapéuticas del psicólogo o psicóloga y psiquiatra limitan la posibilidad de intervención con algunos grupos étnicos.

La existencia de una red de apoyo familiar y estructurada influye directamente de forma positiva en la limitación y exposición a conductas antisociales.

Se concluye que la normalización y exposición a violencia intrafamiliar continuada, ya sea física, psicológica y/o emocional aumenta exponencialmente la manifestación de estas conductas.

El sentimiento de pertenencia en etapas como la adolescencia tiene un rol muy importante pero no se puede concluir que anule o no una base preestablecida de un vínculo positivo familiar, tan solo se concluiría como un posible factor de riesgo.

Desde la perspectiva de la psicopedagogía y educación se concluye que unas pautas y trabajo en los hábitos durante el desarrollo de la infancia y adolescencia disminuyen la posibilidad de manifestación de conductas antisociales.

Pese a que todas las perspectivas coinciden que la salud mental afecta a la realidad que perciben los y las menores, no se encuentra una conclusión clara de que esta sea la detonante principal.

No es posible concluir por la diferencia de opiniones acerca del rol que juega el entorno educativo como factor protector o de riesgo, en cambio, se concluye que son espacios clave donde se amplifican y visualizan problemas no identificados.

Es concluyente la necesidad de atender y comprender las especificidades culturales y contextuales de los y las menores para llevar a cabo una intervención integral.

Por último, no es posible concluir, pero se aprecia una percepción compartida entre diferentes disciplinas en la efectividad de intervenciones preventivas tempranas en barrios, núcleos familiares y entornos socioeducativos.

11- BIBLIOGRAFÍA.

- Agnew, R. (2001). Building on the foundation of general strain theory: Specifying the sources of criminal coping. *Criminology*, 39(2), 319–361.
<https://www.d.umn.edu/~jmaahs/MA%20Theory%20Articles/Agnew%20GST.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1985, 29 de noviembre). *Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores (Reglas de Beijing)* (Resolución 40/33). <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-standard-minimum-rules-administration-juvenile>
- Balbuena Rivera, F., Pérez, J. de D., Sánchez-Barranco Vallejo, I., y Sánchez Barranco Ruiz, A. (2003). August Aichhorn, un pionero del psicoanálisis aplicado a los jóvenes delincuentes. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Educación*, 2(1), 107–124.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1075787>
- Brookes, E. (2021, 20 de julio). Cesare Lombroso: Theory of crime, criminal man, and atavism. *Simply Psychology*. <https://www.simplypsychology.org/lombroso-theory-of-crime-criminal-man-and-atavism.html>
- Burke, A. S., Carter, D., Fedorek, B., Morey, T. L., Rutz-Burri, L., y Sigler, S. T. (2022). *Historia del sistema de justicia juvenil*. LibreTexts Español.
[https://espanol.libretexts.org/Bookshelves/Negocio/Derecho/Libro%3A_Introduccion_a_l_sistema_de_justicia_penal_estadounidense_\(Burke_et_al.\)/10%3A_Justicia_de_menores/10.03%3A_Historia_del_Sistema_de_Justicia_Juvenil](https://espanol.libretexts.org/Bookshelves/Negocio/Derecho/Libro%3A_Introduccion_a_l_sistema_de_justicia_penal_estadounidense_(Burke_et_al.)/10%3A_Justicia_de_menores/10.03%3A_Historia_del_Sistema_de_Justicia_Juvenil)
- Calderón, M. (2016, 2 de marzo). *Vulnerabilidad estrés* [Diapositivas de PowerPoint]. SlideShare. <https://es.slideshare.net/slideshow/vulnerabilidad-estrs/59448273>
- Calkins, S. D., y Keane, S. P. (2009). Developmental origins of early antisocial behavior. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1095–1109.
<https://doi.org/10.1017/S095457940999006X>

- Cardenal, V., Sánchez, M. P., y Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clinica y Salud*, 18(3), 305–324. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n3/v18n3a04.pdf>
- Clínica Universidad de Navarra. (2023). Distorsión cognitiva. *Diccionario médico*. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/distorsion-cognitiva>
- Comunidad de Madrid. (2023, 22 de marzo). Ley 4/2023, de derechos, garantías y protección integral de la infancia y la adolescencia de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial del Estado*, 143, 14347. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-14347>
- Constitución Española. (1978, 29 de diciembre). *Boletín Oficial del Estado*, n.º 311. <https://app.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=39&tipo=2>
- Del Barrio Gándara, M. V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2–3), 81–90. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3043153>
- edusocial.es. (2025, 28 de septiembre). Modelo de Triple Riesgo Delictivo. <https://edusocial.es/?p=1364>
- Equipo IUCPOL. (2024, 28 de enero). Claves de la criminología: Escuelas clásica, positiva y de Chicago. *IUCPOL*. <https://iucpol.com/escuelas-criminologia-clasica-positiva-chicago/>
- ESERP Business School. (2021). *Teorías criminológicas Tema 1: Análisis de teorías y conductas delictivas*. StuDocu. <https://www.studocu.com/es/document/eserp-business-school/teorias-criminologicas/teorias-criminologicas-tema-1-analisis-de-teorias-y-conductas-delictivas/127823700>
- Esquizofrenia y Terapia Familiar. (2013, 22 de octubre). ¿Qué nos enseña el Modelo de Triple Riesgo Delictivo (TRD)? [Entrada de blog]. *Blogspot*. <https://esquizofreniayterapiafamiliar.blogspot.com/2013/10/que-nos-ensena-el-modelo-de-22.html>
- Galán Rodríguez, A. (2010). El apego: Más allá de un concepto inspirador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(4), 581–605. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000400003

- Galfione, M. C. (2012). La sociología criminal de Enrico Ferri: entre el socialismo y la intervención disciplinaria. En *VII Jornadas de Sociología de la UNLP*. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. <https://www.academica.org/000-097/62.pdf>
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education* (Vol. 1). D. Appleton and Company. <https://archive.org/details/adolescenceitsps01hall/page/n8/mode/1up>
- Hikal, W. (2016). Aprendizaje criminal desde los postulados de Albert Bandura y su articulación con la política criminal. *Sapere*, (11), 1–12. https://derechousmp.com/sapere/ediciones/edicion_11/articulos/5.%20Aprendizaje%20criminal.pdf
- Instituto de Psicoterapias Avanzadas (IPSIA). (s. f.). Psicólogo Aaron T. Beck, desarrollo de la terapia cognitiva. <https://www.psicologosmadrid-ipsia.com/psicologo-aaron-t-beck-desarrollo-de-la-terapia-cognitiva/>
- Kendall, P. C., & Hollon, S. D. (1979). *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures*. Academic Press.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil*. (1996, 17 de enero). *Boletín Oficial del Estado*, n.º 15. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069>
- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores*. (2000, 13 de enero). *Boletín Oficial del Estado*, n.º 11. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-641>
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia*. (2021, 5 de junio). *Boletín Oficial del Estado*, n.º 134. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-9347>
- Lombroso, C. (1886). *L'uomo delinquente* [El hombre delincuente] (4.ª ed.). Bocca.
- López, S. (s. f.). *Modelo vulnerabilidad estrés*. Scribd. <https://es.scribd.com/document/356843127/Modelo-Vulnerabilidad-Estres>

- Luengo, J. A. (2010). Menores y exclusión social: cuando estar fuera se convierte en cotidiano (de la pobreza y marginalidad, el fracaso escolar y el acceso a bandas juveniles). *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*.
- Luengo, M. A., Romero, E., Gómez-Fraguela, J. A., y Villar, P. (2003). La prevención de la conducta antisocial en la escuela: el programa "Construyendo Salud". *Revista de Estudios de Juventud*, (62), 147–160.
https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2022/07/revista62_aspectos-psicosociales-de-la-violencia-juvenil_completa.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2024). *Plan de Acción de Salud Mental 2025–2027*.
<https://consaludmental.org/centro-documentacion/plan-accion-salud-mental-2025-2027/>
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674–701.
<https://www.antonioacasella.eu/archipsy/Moffitt-1993.pdf>
- La Moncloa. (2025, 4 de abril). *El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprueba el Plan de Acción de Salud Mental 2025–2027* [Comunicado de prensa].
<https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/paginas/2025/040425-interterritorial-plan-salud-mental.aspx>
- Naciones Unidas. (1989, 20 de noviembre). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Naciones Unidas. (1990, 14 de diciembre). *Directrices de las Naciones Unidas para la prevención de la delincuencia juvenil (Directrices de Riad)*.
<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-guidelines-prevention-juvenile-delinquency-riyadh>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2025, 8 de octubre). *Salud mental*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Pérez-Díaz, R., y García-Moreno, L. M. (2014). Modelo de desbalance del desarrollo cerebral: Una revisión de la evidencia actual. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 8(2), 177–193.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5094728>

- Redondo Illescas, S. (2008). Individuos, sociedades y oportunidades en la explicación y prevención del delito: Modelo del Triple Riesgo Delictivo (TRD). *Revista Española de Investigación Criminológica*, (6), 1–53.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9097068>
- Redondo Illescas, S. (2018). *Teorías criminológicas sobre la delincuencia juvenil*. Dialnet.
- Redondo Illescas, S. (2023). Individuos, sociedades y oportunidades en la explicación y prevención del delito: Modelo del Triple Riesgo Delictivo (TRD). *Revista Española de Investigación Criminológica*, 21(1), 1–53.
- Rice, F. P., y Dolgin, K. G. (2008). *El desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. Pearson Educación.
- Rodríguez Sobrino, N., y García Medina, P. (2009). Validez diferencial en la evaluación del constructo frustración. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 7(5), 1–15.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3103312>
- Ruiz, A. (2023, 28 de noviembre). La extraña situación de Mary Ainsworth. *Instituto Europeo de Psicología Positiva (IEPP)*. <https://www.iepp.es/la-extrana-situacion-de-mary-ainsworth/>
- Ruiz, L. (2021, 18 de agosto). Albert Bandura: Biografía y aportaciones a la psicología. *Psyciencia*. <https://www.psyciencia.com/albert-bandura-biografia-y-aportaciones-a-la-psicologia/>
- Sampson, R. J., & Laub, J. H. (1993). *Crime in the making: Pathways and turning points through life*. Harvard University Press.
- Sampson, Robert & Laub, John. (1995). *Crime in the Making: Pathways and Turning Points Through Life*. Bibliovault OAI Repository, the University of Chicago Press. 74. 10.2307/3340743.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28(1), 78–106. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>
- Study.com. (s. f.). *Parens Patriae doctrine in juvenile justice: Definition & issues*. <https://study.com/learn/lesson/parens-patriae-juvenile-justice.html>

- Triglia, A. (2015, 30 de mayo). La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura. *Psicología y Mente*. <https://psicologiymente.com/social/bandura-teoria-aprendizaje-cognitivo-social>
- Torvisco, S. (2025, 20 de marzo). La huella invisible: comprendiendo la negligencia infantil y su efecto a largo plazo. *Centro PS Psicología*. <https://centropsicologia.com/la-huella-invisible-comprendiendo-la-negligencia-infantil-y-su-efecto-a-largo-plazo/>
- UNIR Revista. (2020, 29 de junio). Escuela positiva: origen y principios en criminología. *UNIR*. <https://www.unir.net/revista/derecho/escuela-positiva-criminologia/>
- UNIR Revista. (2020, 15 de septiembre). Teoría de la asociación diferencial: ¿en qué consiste y quién es su autor? *UNIR*. <https://www.unir.net/derecho/revista/teoria-asociacion-diferencial/>
- UNIR Revista. (2021, 26 de mayo). ¿Qué es la teoría del control social? Sus claves y la importancia en la criminología. *UNIR*. <https://www.unir.net/derecho/revista/teoria-del-control-social/>
- Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). (2021, 30 de septiembre). La teoría del desarrollo de la delincuencia juvenil de Terrie Moffitt. *UNIR Revista*. <https://www.unir.net/revista/ciencias-seguridad/la-teoria-del-desarrollo-de-la-delincuencia-juvenil-de-terrie-moffitt/>
- Valencia Labastida, N. C. (1999). *Los sustitutivos penales* [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio de Tesis UNAM. <https://tesiunamdocumentos.dgb.unam.mx/pd1999/275487/275487.pdf>
- Vásquez González, C. (2003). Predicción y prevención de la delincuencia juvenil según las teorías del desarrollo social. *Revista de Derecho (Valdivia)*, 14, 135–158. <http://146.83.217.169/index.php/revider/article/view/2727>
- Villegas Castañeda, C. E. (2023). *La exclusión social y su relación con los problemas de salud mental* [Tesis doctoral, Universidad del País Vasco]. <https://addi.ehu.es/handle/10810/61366>
- Wickert, C. (s. f.). Maturity gap. *SozTheo: Sociology & Criminology for a Changing World*. <https://soztheo.com/glossary/maturity-gap/>

12- ANEXOS.

Anexo 1:

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

El alumno del **doble grado de Criminología y Trabajo Social de la Universidad Pontificia Comillas Unai Mayor Sánchez** se encuentra desarrollando en el curso **2025-26** un **Trabajo de Fin de Grado** sobre *"El desarrollo de la salud mental en la infancia y adolescencia y la relación con conductas antisociales"* y se compromete a:

- Proteger la confidencialidad de la información recogida en las entrevistas.
- Mantener el anonimato de las fuentes consultadas, y suprimiendo los posibles datos vinculantes en los discursos de los informantes entrevistados para preservar el anonimato mencionado.
- Utilizar este material exclusivamente con fines de la investigación conducente al TFG.
- Respetar la legislación vigente en materia de protección de datos: Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD).

Y para que conste a los efectos oportunos, se firma en **Madrid** a _____ del **2026**.

Recibido y conforme,

Nombre de la persona participante

Firma de la persona participante

Firma del alumno – Autor del TFG
NOMBRE

Anexo 2:

Tabla de perfiles.

CODIGO DE ENTREVISTA	PERFIL PROFESIONAL	ÁMBITO DE TRABAJO	DURACIÓN	MODALIDAD
ENT-1	Psicología	Pisos y centros de protección	1 hora y 6 minutos	Online
ENT-2	Psicopedagogía	Pisos y centros de protección	42 minutos	Online
ENT-3	Trabajo social	Pisos y centros de protección	49 minutos	Online

ENT-4	Educación social	Pisos y centros de protección	58 minutos	Online
ENT-5	Educación social	centros terapéuticos y/o justicia juvenil	1 hora y 10 minutos	Online
ENT-6	Trabajo Social	centros terapéuticos y/o justicia juvenil	1 hora y 17 minutos	Online
ENT-7	Trabajo social	centros terapéuticos y/o justicia juvenil	38 minutos	Presencial
ENT-8	Psicología	centros terapéuticos y/o justicia juvenil	52 minutos	Presencial
ENT-9	Psicología	centros terapéuticos y/o justicia juvenil	44 minutos	Online

Anexo 3:

GUIÓN DE ENTREVISTA

BLOQUE 1: Perfil y Perspectiva General

- Desde tu experiencia profesional, ¿cuál dirías que es la causa principal que detona una conducta antisocial en un menor?
- En su práctica diaria, a menudo existe una línea muy fina entre un trastorno real y una reacción al entorno. Desde su disciplina, ¿cómo distingue si la conducta disruptiva de un/a menor es síntoma de una patología o una estrategia de supervivencia adaptativa ante un entorno hostil?
- ¿Considera que a veces el sistema “psiquiatriza” problemas que son puramente sociales, o al revés, que se ignoran trastornos graves tratándolos como “mala conducta”?
- Una vez que un/a menor recibe oficialmente la etiqueta de “trastorno de conducta” o “delincuente”, ¿cómo observa que cambia la mirada o el trato que recibe por

parte de otros y otras profesionales del sistema o ámbito?" o ¿Cree que esa etiqueta termina funcionando como una profecía autocumplida, empeorando su conducta al asumir ese rol?

BLOQUE 2: Relación Salud Mental - Conducta Antisocial.

- En los menores con los que has trabajado, ¿observas una diferencia en el TIPO de conducta antisocial entre los que tienen un diagnóstico de salud mental y los que no?
- ¿Qué trastornos de salud mental observas con más frecuencia asociados a conductas delictivas o antisociales? ¿Crees que el tipo de trastorno determina la conducta?
- Sabemos que la vulnerabilidad psicológica por sí sola no siempre lleva al delito. En los casos que ha trabajado, ¿qué tipo de evento vital estresante o crisis suele actuar como el 'detonante' final que empuja a un menor vulnerable a cometer el acto delictivo?
- ¿Has notado diferencias de género en la manifestación de estas conductas o en la prevalencia de problemas de salud mental asociados? Si es así, ¿Cuáles consideras tú que son estas diferencias?

BLOQUE 3: El Rol de la Familia y el Entorno.

- En relación con las familias, más allá de si ocurre mucho o poco, ¿de qué manera específica observas que la negligencia o la falta de supervisión influye en el inicio de la conducta delictiva del/la menor? ¿Y una vez aceptan trabajar y mejorar sus pautas, ¿observa usted un impacto directo y real en la reducción de la conducta antisocial del adolescente, o considera que a ciertas edades el daño en el vínculo es ya difícil de revertir?
- A menudo vemos menores que provienen del mismo entorno de riesgo o exclusión, pero tienen trayectorias muy distintas. ¿qué diferencia a estos menores "resilientes" de aquellos/as que sí terminan infringiendo la norma?
- ¿Has notado si el vínculo protector, se basa más en la autoridad y el control, o en la validación emocional y el apoyo incondicional?
- A menudo, la violencia física es muy evidente, pero me gustaría preguntarle por la llamada 'negligencia invisible', es decir, la falta de supervisión o la desconexión emocional. Desde su experiencia clínica/educativa, ¿de qué manera distinta

impacta este abandono emocional en la conducta del menor en comparación con la violencia explícita?

- Durante la adolescencia, el grupo de iguales cobra mucha fuerza. ¿Ha observado casos en los que la presión del grupo o el deseo de pertenencia hayan anulado una buena base familiar previa?
- ¿Podría describir cómo es el proceso o la trayectoria que lleva a un/una menor desde el fracaso escolar o la expulsión del aula hasta su integración en grupos antisociales? ¿Diría que la escuela actúa como barrera de contención o que, a veces, al expulsarlos/as, acelera su contacto con la delincuencia?

BLOQUE 4: Recursos e Intervención.

- Desde tu vivencia profesional, cuando un menor con historial delictivo logra vincularse a un recurso de salud mental, ¿qué cambios cualitativos observas en su comportamiento diario?
- ¿Cuáles son las mayores barreras que encuentras para que estos menores accedan a dichos recursos?
- Si tuvieras que intervenir mañana para prevenir, ¿dónde y porqué pondrías el foco? en tratar al individuo, trabajar con la familia o cambiar el barrio.
- ¿Nota diferencias cualitativas en la mejora cuando el tratamiento es principalmente farmacológico frente a cuando existe un vínculo terapéutico y educativo sostenido?

CIERRE

- Para finalizar, ¿qué propuesta concreta harías para mejorar la situación actual de la salud mental infanto-juvenil

Anexo 4:

Acceso directo a transcripciones de las entrevistas. ([AQUÍ](#))